

DE (nome do interessado ou representante):																													
PARA (órgão ou autoridade administrativa a que se dirige):																													
CURSO:																				Nº DE MATRÍCULA (DRE):									
ENDEREÇO (logradouro + número):																													
CIDADE:																				UF:					CEP:				
																									-				
TEL:										E-MAIL:																			

Venho, respeitosamente, requerer a V. Senhoria o item relacionado abaixo:

<input type="radio"/> CORREÇÃO DE HISTÓRICO ESCOLAR (Boletim Escolar + Form. de Homologação – Exclusão – Substituição)	<input type="radio"/> MATRÍCULA POR TRANSFERÊNCIA EX-OFFICIO (Form de Reg de Matrícula + Docs Res. CEG 01/17)
<input type="radio"/> DISPENSA / EQUIVALÊNCIA DE DISCIPLINAS (Form. de Dispensa/Equivalência + Histórico Escolar + Prog. das Disciplinas)	<input type="radio"/> INSCRIÇÃO EM DISCIPLINAS ISOLADAS (Prova de matríc e doc. de aceite dos cred. ou cert. concl de curso + Histórico)
<input type="radio"/> REQUERIMENTO DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES (Form. Ex. Domic. + CRID + Atestado de Licença Médica)	<input type="radio"/> RECURSO: REVISÃO DE PROVA (Form. de Revisão de Prova + Cópia da avaliação, se possível)
<input type="radio"/> REGULARIZAÇÃO DE MATRÍCULA : INTERCÂMBIO (Form. de Intercâmbio + Carta de Aceite da Instituição de Destino)	<input type="radio"/> TRANCAMENTO DE MATRÍCULA EXCEPCIONAL (Boletim Escolar + Form. de trancamento + Nada consta Bibl.)
<input type="radio"/> TRANCAMENTO DE MATRÍCULA (Boletim Escolar + Form. de trancamento + Nada consta Bibl.)	<input type="radio"/> TRANCAMENTO DE MATRÍCULA FORA DO PRAZO (Boletim Escolar + Form. de trancamento + Nada consta Bibl.)
<input type="radio"/> REABERTURA DE MATRÍCULA (Boletim Escolar + Form. de reabertura)	<input type="radio"/> REABERTURA DE MATRÍCULA FORA DO PRAZO (Boletim Escolar + Form. de reabertura + Documentos Comprobatórios)
<input type="radio"/> DESCANCELAMENTO DE MATRÍCULA (Boletim Escolar + Form. de reabertura + Documentos Comprobatórios)	<input type="radio"/> CANCELAMENTO DE MATRÍCULA (Boletim Escolar + Form. de cancelamento + Nada consta Bibl.)
<input type="radio"/> OUTROS (especificar)	

JUSTIFICATIVA

Declaro ainda, estar CIENTE de que todas as notificações referentes a este requerimento ocorrerão através de comunicação oficial via SEI, comprometendo-me a manter o e-mail cadastrado no SIGA ATUALIZADO. Não obstante, estou informado de que posso acompanhar o andamento do mesmo em <https://sei.ufrrj.br/pesquisa> .

		/			/		

Assinatura do requerente ou de seu representante



SOLICITAÇÃO DE TRANCAMENTO DE MATRÍCULA

UNIDADE:

CURSO:

NOME:

DRE:

E-MAIL:

TEL.:

RESOLUÇÃO CEG 03/2008:

Art 2º. O aluno admitido na UFRJ, por concurso de acesso aos cursos de graduação, transferência externa, transferência ex-officio ou isenção de vestibular só terá pleno direito ao Trancamento Solicitado após cursar na UFRJ, com aproveitamento, um mínimo de **12 créditos**.

Parágrafo Único. Caberá ao CEG, ouvida a Comissão de Orientação e Acompanhamento Acadêmico (COAA), a análise de solicitações de alunos que, mediante a justificativa da excepcionalidade, necessitem trancar matrícula sem ter cumprido o número de créditos exigidos.

Art 3º. O aluno poderá solicitar trancamento de matrícula (trancamento solicitado) em curso de graduação a qualquer tempo, exceto na última metade do período letivo.

§1º. O coordenador de curso ou o Diretor Adjunto de Graduação da Unidade designará o professor-orientador do aluno ou a COAA da mesma Unidade, em conformidade com o Art. 1º da Resolução CEG 3/97, para, depois de realizar contato pessoal com o aluno, elaborar parecer avaliativo da solicitação de trancamento de matrícula.

§2º. Compete ao Diretor da Unidade, ou por delegação deste ao Coordenador de Curso ou Diretor Adjunto de Graduação, o deferimento do trancamento de matrícula, de acordo com o parecer do professor-orientador ou da COAA.

ANO DO EVENTO:

SEMESTRE LETIVO DO EVENTO:

--	--	--	--

1º SEMESTRE

2º SEMESTRE

1 – Você é beneficiário de bolsa? NÃO SIM Qual tipo:

ATENÇÃO: Antes de trancar sua matrícula, solicite a suspensão da bolsa junto ao setor de assistência estudantil para evitar cobranças indevidas ou perda do benefício.

2 – Você é beneficiário de alojamento estudantil? NÃO SIM

3 – Qual o motivo do trancamento: SAÚDE FAMILIAR TRABALHO
 SOCIOECONÔMICO DESINTERESSE PELO CURSO OUTROS

Outros motivos (especificar):

4 – Por quantos períodos pretende trancar? 1 2 3 4

5 – Você pretende voltar a fazer o mesmo curso: NÃO SIM

6 – Onde pretende continuar o curso: na UFRJ em outra Universidade

7 – Qual a razão da escolha:

8 – Pretende mudar de curso? NÃO SIM

9 – Qual curso e por quê?

Ciente de que o direito ao trancamento de matrícula só é adquirido após 12 créditos cursados com aprovação, e que este trancamento é válido por até 4 (quatro) semestres, salvo situações excepcionais, peço deferimento.

Assinatura do aluno