



DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

**REQUERIMENTO DE TRANCAMENTO TOTAL DE MATRÍCULA
ESTUDANTES DE PÓS-GRADUAÇÃO**

ANO

SEM. LETIVO

Alunos de Pós-graduação devem sempre justificar o pedido de trancamento total (ART.60, RES.COMPL. 02/2017 – CEPE: NORMAS GERAIS DE PÓS-GRADUAÇÃO).

Expôr, no verso deste, a justificativa, anexando comprovação, quando necessário.

ALUNO(A):				
NOME:			Nº DE REGISTRO	
CURSO			FORMA DE INGRESSO NA UFMG	
ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, ETC.)			Nº:	APT.
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:	TELEFONE:
O(A) ALUNO(A) ABAIXO ASSINADO(A) REQUER TRANCAMENTO TOTAL POR _____ SEMESTRE(S): _____/_____/_____; _____/_____/_____; _____/_____/_____. _____/_____/_____ DATA				
ASSINATURA DO REQUERENTE				

RESERVADO À SECRETARIA DO COLEGIADO DO CURSO:		
SITUAÇÃO DO(A) ALUNO(A) NO SISTEMA ACADÊMICO:	TRANCAMENTO(S) ANTERIOR(ES):	
	ANO/SEMESTRE	TIPO (COM OU SEM JUSTIFICATIVA)
<input type="checkbox"/> MATRICULADO		
<input type="checkbox"/> NÃO MATRICULADO		
<input type="checkbox"/> EXCLUÍDO		
_____/_____/_____ DATA		
SECRETÁRIO(A)		

RESERVADO AO(A) ORIENTADOR(A) (Art. 60 § 2º RES.COMPL. 02/2017 – CEPE: NORMAS GERAIS DE PÓS-GRADUAÇÃO)	
ANUÊNCIA:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
_____/_____/_____ DATA	ASS.: _____

RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO	
DECISÃO DO COLEGIADO: <input type="checkbox"/> DEFERIDO <input type="checkbox"/> INDEFERIDO	
CONCEDIDO O TRANCAMENTO TOTAL DE MATRÍCULA POR ____ SEMESTRE(S), COM RETORNO NO ____ SEMESTRE DE _____ _____/_____/_____ DATA	
COORDENADOR(A)	
DECISÃO COMUNICADA AO ALUNO PELA SECRETARIA DO COLEGIADO: - PELO OFÍCIO Nº _____ VERBALMENTE EM: ____/____/____ POR E-MAIL EM: ____/____/____ ASS.: _____	

RECIBO	
O(A) ALUNO(A) _____ Nº _____ PROTOCOLOU REQUERIMENTO DE TRANCAMENTO TOTAL DE MATRÍCULA EM ____/____/_____ _____ NOME LEGÍVEL DO (A) FUNCIONÁRIO(A) DO COLEGIADO	
ASSINATURA	

JUSTIFICATIVA DO REQUERENTE:

RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO: