



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
(UNIRIO)
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE MEDICINA E CIRURGIA

Centro: CCBS

Ano: _____

Data ____/____/____

Rubrica: _____
(Funcionário)

REQUERIMENTO

NOME:		MATRÍCULA:	PERÍODO:
E-MAIL:		TELEFONE:	
CURSO: Graduação	HABILITAÇÃO: Medicina	CONCLUSÃO (<u>para alunos formados</u>):	
1. ☐ Aproveitamento de estudos em componentes curriculares 2. ☐ Declaração para fins Militares 3. ☐ Exclusão de disciplina 4. ☐ Inclusão em disciplina 5. ☐ Abono de falta 6. ☐ 2ª chamada de prova (<u>somente com comprovação</u>) () Atestado médico () outros _____		7. ☐ Trancamento de disciplina 8. ☐ Trancamento de matrícula 9. ☐ Cancelamento de matrícula 10. ☐ Reabertura de Matrícula 11. ☐ Declaração de conclusão do curso (<u>p/alunos formados</u>) 12. ☐ 2ª via de diploma (<u>p/alunos formados</u>) 13. ☐ 2ª via de Histórico Escolar (<u>p/alunos formados</u>) 14. ☐ Outros (Informações Adicionais)	
<u>Escreva seu pedido aqui com todas as informações necessárias (Ex.: nome completo da disciplina, do professor, enfermagem, datas, justificativas etc.)</u>			

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____

Assinatura do(a) Requerente



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UNIRIO)
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE (CCBS)
ESCOLA DE MEDICINA E CIRURGIA (EMC)

PROTOCOLO (VIA DO ALUNO / REQUERENTE)

Centro: CCBS	Aluno (requerente): _____	Período: _____
Semestre/Ano: ____/____	Solicitação: _____	
Rubrica Funcionário: _____	Data: ____/____/____	
Matrícula SIAPE: _____	Matrícula (quando houver): _____	
Prazo de entrega de Histórico Escolar e Programa de Disciplina para <u>alunos formados</u>: 30 dias úteis, SUJEITO À PRORROGAÇÃO. TEL. (21) 2264-4159. Email: emcsecretaria@unirio.br Site: http://www.unirio.br/emc		

Secretaria Escolar