



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 (para alunos formados)

- ☐ Aproveitamento de estudos em componentes curriculares
☐ Exclusão de disciplina
☐ Inclusão em disciplina
☐ Justificativa de falta
☐ 2ª chamada de prova (somente com comprovação)
☐ Atestado médico ☐ outros

- ☐ Trancamento de matrícula
☐ Cancelamento de matrícula
☐ Declaração de conclusão do curso (p/alunos formados)
☐ 2ª via de Histórico Escolar (p/alunos formados)
☐ Outros (Escreva abaixo nas informações adicionais)

Escreva seu pedido aqui com todas as informações necessárias (Ex.: nome completo da disciplina, do professor, enfermagem, datas, justificativas etc.)

Rio de Janeiro, de de

Assinatura do(a) Requerente



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UNIRIO) **PROTOCOLO (VIA DO ALUNO / REQUERENTE)**
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE (CCBS)
ESCOLA DE MEDICINA E CIRURGIA (EMC)

Período: _____

Centro: CCBS

Semestre/Ano: ____/____

Rubrica Funcionário: _____

Matrícula SIAPE: _____

Aluno (requerente): _____

Solicitação: _____

Data: ____/____/____

Matrícula (quando houver): _____

Prazo de entrega de Histórico Escolar e Programa de Disciplina para alunos formados: 30 dias úteis, **SUJEITO À PRORROGAÇÃO.**

Email: emcsecretaria@unirio.br Site: <http://www.unirio.br/escolademedicinaecirurgia/>