FACULDADE DE MEDICINA / UFMG

REQUERIMENTO PARA

TRANCAMENTO PARCIAL DE MATRÍCULA

ANO: 20 ___

SEMESTRE

( ) 1º ( ) 2º

☐ **COM JUSTIFICATIVA (*)** ☐ **SEM JUSTIFICATIVA**

(*) Descrever o motivo alegado no verso e anexar comprovação, quando necessário

ALUNO(A):

Curso ( ) Medicina ( ) Fonoaudiologia ( ) Radiologia | Nº matrícula: | Período:( )

E-mail | Telefones:

DISCIPLINAS A TRANCAR

CÓDIGO DISCIPLINA	NOME	TURMA

DATA: ____/____/_____

_____

ASSINATURA DO REQUERENTE

Caso a justificativa apresentada não seja aceita pelo Colegiado de Curso, autorizo a transformação do requerimento para TRANCAMENTO PARCIAL SEM JUSTIFICATIVA.:

_____

ASSINATURA DO REQUERENTE

PREENCHIMENTO PELO ALUNO(A)

SITUAÇÃO DO ALUNO NO CADASTRO ACADÊMICO:

☐ MATRICULADO ☐ NÃ0 MATRICULADO ☐ EXCLUÍDO

DISCIPLINAS MATRICULADAS	CÓDIGO	CRÉDITOS	TURMA	TRANCAMENTO ANTEIROS

Total de créditos matriculados no semestre: _____ - _____ = _____

Recebido por _____ em ___/___/_____

COLEGIADO DO CURSO

DECISÃO DO COLEGIADO: ☐ DEFERIDO ☐ INDEFERIDO

TRANCAMENTO PARCIAL _____JUSTIFICATIVA DAS DISCIPLINAS: _____

DATA: / /

_____

COORDENADOR(A) DO COLEGIADO

CEGRAD

COMUNICADO AO ALUNO: ( ) E-MAIL; ( ) TELEFONE EM / / POR: _____

☐ REGISTRADO NO SISTEMA: / / POR: _____

RECIBO

Recebi do(a) aluno(a) _____

nº de matrícula: _____, requerimento para TRANCAMENTO PARCIAL DE MATRÍCULA

DATA / /

CEGRAD/MEDICINA

De acordo com as Normas Gerais de Graduação da UFMG (Res. CEPE 01/2018), a partir de **2020-1**, o número máximo de trancamentos parciais **sem justificativa** será: **Radiologia = 4; Fonoaudiologia = 5; Medicina = 6.** (número de períodos do curso / 2)