**REQUERIMENTO DE TRANCAMENTO DE MATRÍCULA**

ATENÇÃO

Este formulário é destinado APENAS nos casos previstos nos Artigos nº 38 e 39 da Normatização Acadêmica (Resolução nº 001/2024-CONEPE).

Estudantes que não se enquadram nas situações descritas nos Artigos citados acima devem realizar a solicitação de trancamento, via SIGAA, dentro do período estabelecido no Calendário Acadêmico.

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS PESSOAIS DO(A) ESTUDANTE** | |
| **Nome Completo:** | **Matrícula:** |
| **Curso:** Bacharelado em Enfermagem | **Período Letivo:** 2025/1 |
| **E-mail institucional:** | **Telefone:** |

|  |
| --- |
| **DADOS DO TRANCAMENTO** |
| **Motivo do trancamento** (assinale a opção correspondente e anexe os documentos comprobatórios[[1]](#footnote-0))**:**  ( ) Doença grave ou infectocontagiosa (Atestado Médico)  ( ) Impossibilidade de locomoção física (Atestado Médico)  ( ) Gravidez de risco (Atestado Médico)  ( ) Prestação de serviço militar (Documento comprobatório)  ( ) Outro (Especificar e anexar documentação comprobatória): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES ADICIONAIS** |
| - Declaro estar ciente de que a vaga estará garantida, mas estarei sujeito(a) às adaptações necessárias ao currículo vigente no meu retorno.  - Caso seja estudante ingressante, compreendo que minha solicitação será apreciada pelo Colegiado do Curso e pela Pró-Reitoria de Ensino de Graduação. |

|  |
| --- |
| Tangará da Serra/MT, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do(a) Estudante |

1. A documentação comprobatória deve estar legível e assinada pelos profissionais responsáveis. [↑](#footnote-ref-0)