

<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO</b> <b>CENTRO DE CIENCIAS HUMANAS, NATURAIS, SAUDE</b> <b>E TECNOLOGIA (CCHNST) DE PINHEIRO</b> <b>UNIDADE ACADEMICA DE SAUDE</b> <b>CURSO DE MEDICINA</b>  ( Requerimento - Aproveitamento de Estudos)	----- semestre de -----  <b>DATA DA ENTRADA</b> ____ / ____ / ____  ____
---	---

NOME DO ALUNO (A)	CÓD. MATRÍCULA
ENDEREÇO	TELEFONE
SR(A) COORDENADOR (A),  Nos termos do Regimento Geral desta Universidade, solicito a V.S. <sup>a</sup> aproveitamento de estudo dos Módulos do Curso de _____ da _____ Pinheiro, ____ / ____ / ____	
_____ Assinatura do aluno(a)	

DA(S) DISCIPLINA(S)	CH	MÉ DIA	PARA O(S) MÓDULO(S)	COORDENADORIA DO CURSO
				Sim ( ) Não ( )
				Sim ( ) Não ( )
				Sim ( ) Não ( )
				Sim ( ) Não ( )
				Sim ( ) Não ( )
				Sim ( ) Não ( )
				Sim ( ) Não ( )
				Sim ( ) Não ( )
				Sim ( ) Não ( )
				Sim ( ) Não ( )
				Sim ( ) Não ( )
				Sim ( ) Não ( )
				Sim ( ) Não ( )
				Sim ( ) Não ( )
				Sim ( ) Não ( )
				Sim ( ) Não ( )
				Sim ( ) <sup>1</sup> Não ( )

**COORDENAÇÃO DO CURSO:**

- ( ) APROVADO pelo Colegiado do Curso de Medicina na reunião do dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_. ( )  
 APROVADO "AD REFERENDUM" do Colegiado de Curso no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 ( ) REFERENDADO pelo Colegiado de Curso na reunião do dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 ( ) CONCEDO o aproveitamento de estudos nas disciplinas assinaladas positivamente no quadro acima.

**Pinheiro,** \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Coordenador(a) do Curso