|  |
| --- |
| Requerimento de trancamento de curso |
|  |
| **DADOS PESSOAIS DO(A) DISCENTE** |
| Nome: |
| RG:  |
| CPF:Telefone: |
| Número da matrícula: |
| E-mail: |
| Orientador:  |
| **PREENCHER ABAIXO O MOTIVO PARA A SOLICITAÇÃO DE TRANCAMENTO DO CURSO** |
|  |
| **EU SOLICITO O TRANCAMENTO ATÉ O DIA:** [INSERIR A DATA] |

São Luís, [dia] de [mês] de [ano]

|  |  |
| --- | --- |
| **Assinatura do(a) discente** | **Assinatura do(a) orientador(a)** |
|  |  |

**Para deferimento deste requerimento, além dos documentos comprobatórios para justificar o trancamento, enviar esse requerimento preenchido e assinado pelo(a) discente e orientador(a) para o e-mail: ppgef.ufma@ufma.br**