



CCSST – Campus
Avançado Bom Jesus

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS SAÚDE E TECNOLOGIA

TRANCAMENTO DE MATRÍCULA

NOME DO ALUNO

CÓDIGO:

End.

Tel.

Ilmo (a) Sr.(a) Coordenador(a),

Nos termos do Regimento desta Universidade, solicito à V.Sa. o trancamento da minha matrícula no Curso de Medicina desta universidade.

Imperatriz, ____/____/____

Assinatura do aluno (a)

COORDENADORIA DO CURSO DE MEDICINA

O (a) requerente apresentou os documentos abaixo assinalados:

1. Declaração de quitação com a Biblioteca Central ☐
2. Histórico Escolar ☐
3. Confirmação de inscrição em disciplinas ☐

Deferimos: ☐ Sim ☐ Não

Imperatriz, ____/____/____

Coordenador(a) do Curso de Medicina

DIORC – Divisão de Organização Acadêmica

Regularmente Matriculado ☐ Sim ☐ Não

Trancamento anterior ☐ Sim ☐ Não

Duração: _____ semestres:

São Luís, ____/____/____

Diretor(a) DIORC

DEOAC - Departamento de Desenvolvimento e Organização Acadêmica

Trancamento de matrícula homologado, conforme Resolução 90/99-CONSEPE, que disciplina a matéria.

São Luís, ____/____/____

Diretor(a) DEOAC