



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Terapia Ocupacional

n°

Não preencher. (Para uso da Coordenacão)

REQUERIMENTO AO COLEGIADO DO CURSO

COMPLETAR TODOS OS CAMPOS NECESSÁRIOS - ESCREVER DE FORMA LEGÍVEL
ENTREGAR ESTE FORMULÁRIO NA COORDENAÇÃO DO CURSO
NÃO É NECESSÁRIO AGUARDAR NA FILA

01 - Identificação do aluno	
Matrícula: _____	E-mail: _____
Nome: _____	
02 - Requer ao Colegiado do Curso de Terapia Ocupacional	
<input type="checkbox"/> Quebra de pré-requisito <input type="checkbox"/> Flexibilização da carga horária máxima permitida pelo curso (540h) <input type="checkbox"/> Flexibilização da carga horária mínima permitida pelo curso (285h) <input type="checkbox"/> Matrícula fora do prazo <input type="checkbox"/> Ajuste de matrícula fora do prazo <input type="checkbox"/> Matrícula conforme resolução 032/2015 fora do prazo <input type="checkbox"/> Trancamento total do Curso fora do prazo <input type="checkbox"/> Trancamento parcial de disciplinas fora do prazo	
03 - Justificativa	
04 - Data e assinatura	
Santa Maria, ____/____/____.	Assinatura do aluno
05 - Para uso do Colegiado do Curso. Não preencher.	
Parecer:	(<input type="checkbox"/>) Deferido (<input type="checkbox"/>) Indeferido

* Anexar o **HISTÓRICO ESCOLAR**.