



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

n°

Não preencher. (Para uso da Coordenação)

### 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	
( )	Quebra de pré-requisito
( )	Flexibilização da carga horária máxima permitida pelo curso (540h)
( )	Flexibilização da carga horária mínima permitida pelo curso (285h)
( )	Matrícula fora do prazo
( )	Ajuste de matrícula fora do prazo
( )	Matrícula conforme resolução 032/2015 fora do prazo
( )	Trancamento total do Curso fora do prazo
( )	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:	( ) Deferido ( ) Indeferido

\* Anexar o **HISTÓRICO ESCOLAR.**