



DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

ANO

REQUERIMENTO DE REOPÇÃO DE CURSO

SEM. LETIVO

ALUNO			
NOME	NÚMERO		
ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, ETC.)	Nº:	APT.:	CEP
BAIRRO	CIDADE	UF	TELEFONE

CURSO PARA O QUAL SOLICITA REOPÇÃO →

____/____/____ DATA	_____ ASSINATURA DO REQUERENTE
------------------------	-----------------------------------

RESERVADO AO DRCA		
CURSO		
FORMA DE INGRESSO	VERSÃO	OPÇÃO (CÓD.):
HÁ REGISTRO DE REOPÇÃO A PARTIR DE 2007/2?	TOTAL DE CRÉDITOS INTEGRALIZADOS:	PERCENTUAL: _____%
OBS.:		
ENCAMINHAR O PROCESSO AO COLEGIADO ESPECIAL?		
____/____/____ DATA	_____ DIRETOR(A) DO DRCA	

RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO	
____/____/____ DATA	_____ COORDENADOR (A)

COMUNICADO AO REQUERENTE:	
- PELO OFÍCIO Nº _____ DE ____/____/____	_____ SECRETÁRIO (A)
- PESSOALMENTE Nº _____ DE ____/____/____	_____ ASSINATURA DO REQUERENTE

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO	
ENVIO DA AUTORIZAÇÃO DE REGISTRO AO DRCA EM ____/____/____	
DISPENSAS REGISTRADAS NO SISTEMA EM ____/____/____	
_____ CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO	