

REQUERIMENTO DE REOPÇÃO		ANO
		SEMESTRE
RESERVADO AO ALUNO(A)		
NOME		
Nº DE REGISTRO	TELEFONE	
ENDEREÇO (RUA, AVENIDA, ETC.)		
Nº	COMPLEMENTO	CEP
BAIRRO	CIDADE	UF
CURSO PARA O QUAL SOLICITA REOPÇÃO		
____/____/____		_____
DATA		ASSINATURA DO REQUERENTE

RESERVADO AO DRCA	
Curso de origem	
Forma de ingresso	Há registro anterior de reopção?
Total de créditos integralizados de disciplinas obrigatórias de acordo com o art. 10, inciso I da Resolução CEPE nº 14/2018	
Porcentagem de créditos integralizados	Situação atual do registro
Aluno em continuidade de estudos?	
PARECER	
<input type="checkbox"/> INDEFERIDO <input type="checkbox"/> ENCAMINHADO AO COLEGIADO <u>MOTIVO DO INDEFERIMENTO (SE FOR O CASO)</u>	
<input type="checkbox"/> ART. 10, RESOLUÇÃO CEPE Nº 14/2018: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inciso I <input type="checkbox"/> Inciso II <input type="checkbox"/> Inciso III 	
<input type="checkbox"/> OUTRO: _____	
____/____/____	_____
DATA	ASSINATURA DO(A) RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE

RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO	
____/____/____	_____
DATA	COORDENADOR (A)
COMUNICAÇÃO AO REQUERENTE	
<input type="checkbox"/> POR OFÍCIO OU OUTRA FORMA EM: ____/____/____	_____ SECRETÁRIO (A)
<input type="checkbox"/> PRESENCIALMENTE EM ____/____/____	_____ ASSINATURA DO REQUERENTE

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO	
AUTORIZAÇÃO PARA REGISTRO ENTREGUE AO ESTUDANTE EM ____/____/____	
DISPENSAS REGISTRAR NO SISTEMA EM ____/____/____	
CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO	