



DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

REQUERIMENTO DE CONTINUIDADE DE ESTUDOS

ANO

SEM. LETIVO

O(A) REQUERENTE ABAIXO DISCRIMINADO(A)

NOME				Nº DE REGISTRO	
RUA, AVENIDA, ETC.				Nº	APT.
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	TELEFONE	
<b>REQUER CONTINUIDADE DE ESTUDOS EM:</b>					
CURSO			MODALIDADE		
HABILITAÇÃO					
ÊNFASE					
_____					
/ /			_____		
DATA			NOME DO REQUERENTE		

RESERVADO AO COLEGIADO DO CURSO

TEMPO MÁXIMO DE INTEGRALIZAÇÃO: _____	VERSÃO CURRICULAR: _____
TEMPO JÁ UTILIZADO (EM SEMESTRES): _____	CÓDIGO DA OPÇÃO PRETENDIDA: _____
SALDO (EM SEMESTRES): _____	
_____	_____
DATA	SECRETÁRIA(O) DO COLEGIADO
UTILIZAR O VERSO PARA REGISTRAR A ADAPTAÇÃO CURRICULAR, SE FOR O CASO	
DECISÃO DO COLEGIADO:	<input type="checkbox"/> DEFERIDO <input type="checkbox"/> INDEFERIDO
_____	_____ C
DATA	COORDENADOR(A) DO CURSO

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO

- COMUNICADO AO REQUERENTE PELO OFÍCIO Nº _____ / _____ DE _____ / _____ / _____ OU VERBALMENTE:	
DECLARO TER TOMADO CONHECIMENTO DO RESULTADO EM: _____ / _____ / _____	ASSINATURA DO REQUERENTE
- ENVIADA AUTORIZAÇÃO AO DRCA EM: _____ / _____ / _____	CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO
DATA	

RECIBO

(NOME DO REQUERENTE) _____, Nº _____, REQUEREU CONTINUIDADE DE ESTUDOS PARA O _____ SEMESTRE DE 20 _____ EM _____ / _____ / _____.	
_____	CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO

