



FUNDAÇÃO BENEDITO PEREIRA NUNES
CNPJ. 28.964.252/0001-50

FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS
Av. Dr. Alberto Torres, 217 - Centro
Campos dos Goytacazes-RJ - CEP. 28035-580
Telefone/Fax: (22) 2101-2929
Email: fmc@fmc.br
Home page: www.fmc.br
(Reconhecida pelo Decreto Federal nº 71.814 de 07/02/73)

CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

(Reconhecido pela Portaria nº 509 de 05/06/2007 – SESu/MEC)
Telefone: (22) 2101-2916 famacia@fmc.br

REQUERIMENTO ESCOLAR

Nome do Aluno(a) : _____
Registro de Matrícula: _____ Registro no Período: _____
Filiação: Pai: _____
Mãe: _____
Endereço: _____ N.º _____
Apt.º: _____ Bloco: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____
CEP: _____ Telefone: _____
Celular: _____ E-MAIL: _____

O abaixo assinado requer:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Matrícula no ____ período do Curso de Graduação em 20____ | <input type="checkbox"/> Segunda chamada |
| <input type="checkbox"/> Certidão | <input type="checkbox"/> Segunda época |
| <input type="checkbox"/> Atestado de Boa Conduta | <input type="checkbox"/> Revisão de prova |
| <input type="checkbox"/> Declaração de conclusão do Curso de Graduação | <input type="checkbox"/> Guia de Transferência |
| <input type="checkbox"/> Certificado de Curso (pós-graduação) | <input type="checkbox"/> Programas das disciplinas cumpridas |
| <input type="checkbox"/> Trancamento de matrícula | <input type="checkbox"/> Sistema de Verificação do Aproveitamento Escolar |
| <input type="checkbox"/> Grade Curricular | <input type="checkbox"/> Cancelamento de Matrícula |
| <input type="checkbox"/> Diploma do Curso de Graduação | <input type="checkbox"/> Solicitação de Bolsa |
| <input type="checkbox"/> Histórico Escolar | <input type="checkbox"/> Devolução de documentos |
| <input type="checkbox"/> Reabertura de matrícula
trancada em ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Certificado de "Monitoria" | |

ESCLARECIMENTOS: (Especifique no espaço abaixo as observações que julgar necessárias)

Campos dos Goytacazes, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do Requerente

Conferido e Expedido
Por _____
Em ____ / ____ / ____

DEFERIDO .
Por _____
Em ____ / ____ / ____