



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)

REQUERIMENTO ESCOLAR

Nome do Requerente : _____

Nº de Registro de Matrícula: _____ Nº de Registro na Série: _____ Série: _____

Pai: _____
Filiação

Mãe: _____

Endereço: Rua: _____ Nº _____

Aptº: _____ Bloco: _____ Bairro: _____ Tel: _____ Cel: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

CPF: _____ E-mail _____

NATUREZA DO REQUERIMENTO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Matrícula na _____ série do Curso de Graduação em 20____ | <input type="checkbox"/> Grade Curricular |
| <input type="checkbox"/> Reabertura de matrícula trancada em ____/____/____ | <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"/> Cancelamento de matrícula | <input type="checkbox"/> Devolução de documentos |
| <input type="checkbox"/> Certidão | <input type="checkbox"/> Declaração de conclusão do Curso de Graduação |
| <input type="checkbox"/> Histórico Escolar | <input type="checkbox"/> Diploma do Curso de Graduação |
| <input type="checkbox"/> Segunda chamada | <input type="checkbox"/> Certificado de Curso (pós-graduação) |
| <input type="checkbox"/> Revisão de prova | <input type="checkbox"/> Guia de Transferência |
| <input type="checkbox"/> Certificado de "Monitoria" | <input type="checkbox"/> Atestado de boa conduta |
| <input type="checkbox"/> Certificado de "Estágio" | <input type="checkbox"/> Assuntos diversos |

ESCLARECIMENTOS

Campos dos Goytacazes, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura