



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
REQUERIMENTO



<b>1. Nome do requerente</b>		<b>2. Matrícula</b>	
<b>3. Curso</b>		<b>4. Período</b>	<b>5. Telefone de contato / E-mail</b>
<b>6. Quando se tratar de ex-aluno</b>			
<b>Vestibular</b>	<b>Concluinte</b>	<b>Abandono</b>	
Ano/semestre _____ / _____	Ano/semestre _____ / _____	Ano/semestre _____ / _____	
<b>7. Solicitação</b>			
<input type="checkbox"/> Declaração de conclusão de curso			
<input type="checkbox"/> Declaração de cursando			
<input type="checkbox"/> JUSTIFICATIVA DE FALTA – DIA(S): _____ Disciplina: _____			
<input type="checkbox"/> Declaração de prestação de prova:			
<input type="checkbox"/> Exercício domiciliar, conforme atestado em anexo, por motivo de: <input type="checkbox"/> doença <input type="checkbox"/> gravidez (6202/75)			
<input type="checkbox"/> Histórico Escolar			
<input type="checkbox"/> Programa(s) da(s) disciplina(s)			
<input type="checkbox"/> Revisão de prova: Disciplina: _____ em ____/____/____			
<input type="checkbox"/> Realização de prova de : <input type="checkbox"/> 2ª chamada (justificar) <input type="checkbox"/> 2ª época Disciplina: _____			
<input type="checkbox"/> Outros ( <b>use o verso, se necessário</b> )			
_____			
<b>8. Justificativa/Observações (use o verso, se necessário)</b>			
<b>9. Solicitação</b>		<b>10. Entrega</b>	
<b>Data</b>	<b>Assinatura do requerente</b>	<b>Data</b>	<b>Assinatura do requerente</b>
_____	_____	_____	_____
<b>11. Parecer Conclusivo (uso interno)</b>			
<input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido (use o verso, se necessário)		<b>Data</b>	<b>Assinatura do responsável</b>
_____		_____	_____