

**COORDENADORIA DE REGISTROS  
ACADÊMICOS**

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REATIVAÇÃO DE  
MATRÍCULA TRANCADA**

Semestre letivo: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Ano de ingresso: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

O aluno supracitado solicita a **reativação** de sua matrícula no curso: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do aluno

Ibirubá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**PARECER DO (A) COORDENADOR (A)**

Deferido ( ) Indeferido ( )

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Coordenação do Curso

**REGISTROS ACADÊMICOS**

Registrado no sistema em:

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo Registro