



# MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

CAMPUS SÃO MATEUS

Rodovia BR 101-Norte – Km 58 – Bairro Litorâneo – 29932-540 – São Mateus – ES

27 3767 7000

## COORDENADORIA DE REGISTROS ACADÊMICOS

### REQUERIMENTO ESCOLAR

Requerente:	
Curso:	
Período:	Turma:

#### OBJETO DO REQUERIMENTO

<input type="checkbox"/> Apostilamento de Diploma	<input type="checkbox"/> Colação de Grau em data especial	<input type="checkbox"/> Reintegração à Instituição
<input type="checkbox"/> Aproveitamento de Componente	<input type="checkbox"/> Declaração	<input type="checkbox"/> Revisão de Avaliação
<input type="checkbox"/> Avaliação – 2ª Chamada	<input type="checkbox"/> Diploma – Confecção e Registro	<input type="checkbox"/> Solicitação de Documentos
<input type="checkbox"/> Certidão de Colação de Grau	<input type="checkbox"/> Dispensa de Componente	<input type="checkbox"/> Trancamento de Matrícula
<input type="checkbox"/> Certidão de Tempo de Aluno	<input type="checkbox"/> Histórico Escolar	<input type="checkbox"/> Trancamento de Matrícula (fora do prazo)
<input type="checkbox"/> Certificado	<input type="checkbox"/> Matrícula Intercampi	<input type="checkbox"/> Transferência Externa
<input type="checkbox"/> Colação de Grau	<input type="checkbox"/> Matrícula no Componente Estágio	<input type="checkbox"/> Transferência Interna (Turma ou Curso)
<input type="checkbox"/> Outros: _____		
<input type="checkbox"/> 1ª via	<input type="checkbox"/> 2ª via	

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES


Assinatura do Requerente:	Data: ___/___/___
---------------------------	-------------------

Assinatura do Recebedor:	Data: ___/___/___
--------------------------	-------------------

#### ENCAMINHAMENTO – PARA USO INTERNO

DATA DE SAÍDA	DESTINO

#### ANÁLISE (Quando for o caso)


Assinatura:	Data: ___/___/___
-------------	-------------------

#### PARECER FINAL ( ) DEFERIDO ( ) INDEFERIDO

<b>Observações:</b>

Assinatura:	Data: ___/___/___
-------------	-------------------