



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DO TOCANTINS/CAMETÁ  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

**ILUSTRÍSSIMO SENHOR DIRETOR DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

REQUERENTE

TURMA		MATRÍCULA	
RG		CPF	
ENDEREÇO			
BAIRRO		CIDADE	
E-MAIL		TELEFONE	

**VEM REQUERER:**

<input type="checkbox"/>	APROVEITAMENTO DE ESTUDOS
<input type="checkbox"/>	ATESTADO DE CONCLUSÃO DE CURSO
<input type="checkbox"/>	CORREÇÃO OU MUDANÇA DE NOME
<input type="checkbox"/>	DECLARAÇÃO COM PERÍODO DO SEMESTRE
<input type="checkbox"/>	DECLARAÇÃO DE CONCLUSÃO DE CURSO
<input type="checkbox"/>	DECLARAÇÃO DE VÍNCULO INSTITUCIONAL
<input type="checkbox"/>	EXERCÍCIO DOMICILIAR
<input type="checkbox"/>	HISTÓRICO ESCOLAR
<input type="checkbox"/>	MOBILIDADE DISCENTE
<input type="checkbox"/>	REGIME DE TUTORIA
<input type="checkbox"/>	REVISÃO DE CONCEITOS
<input type="checkbox"/>	SEGUNDA CHAMADA
<input type="checkbox"/>	TRANCAMENTO DE MATRÍCULA
<input type="checkbox"/>	DESISTÊNCIA DE VAGA
<input type="checkbox"/>	OUTROS

**JUSTIFICATIVA E/OU INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

---

---

---

---

---

CAMETÁ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO REQUERENTE**