



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



N.º REQ. _____ DATA ____ / ____ / ____

PROC. N.º 23079. _____

NOME:	DRE:
CURSO:	
ENDEREÇO:	N.º
BAIRRO:	CIDADE:
ESTADO:	CEP:
TEL. RESIDENCIAL:	CELULAR:
E-MAIL:	

Vem mui respeitosamente solicitar de V. S^a o item abaixo discriminado, anexando à documentação correspondente:

- () CANCELAMENTO DE MATRÍCULA PARA O PERÍODO LETIVO ____ / ____
OBRIGATÓRIO anexar xerox da identidade, boletim ou histórico escolar e justificar o pedido
- () RE MATRÍCULA DE MATRÍCULA CANCELADA
OBRIGATÓRIO anexar boletim ou histórico escolar, justificar o pedido e anexar documentação comprobatória
- () OUTROS

JUSTIFICATIVA DO PEDIDO ASSINALADO: É OBRIGATÓRIO o preenchimento abaixo, informando o motivo da solicitação assinalada. Caso necessário juntar folha anexa.

OBS.: O preenchimento incompleto acarretará na impossibilidade de dar entrada na solicitação.

Rio de Janeiro, ____ de ____ de ____.

Assinatura