

REQUERIMENTO
TRANCAMENTO / CANCELAMENTO

Nome: _____ nº _____

Área de Concentração: Inovações educacionais em saúde orientadas pela integralidade do cuidado

MESTRADO PROFISSIONAL

- () **L1:** Currículo Integrado em Saúde
() **L2:** Ensino em saúde nos contextos de prática do SUS

Requer: _____

Justificativa: _____

Tel.: Comercial: _____ Residência: _____ Celular: _____

E-mail: _____

São Caetano do sul, ____/____/____

assinatura do(a) discente

Informações da Biblioteca:

_____/_____/_____

Informações da Tesouraria:

() Em débito _____ parcelas R\$ _____ ____/____/____

() Em dia _____ ____/____/____

Despacho do(a) Orientador(a): Prof(a) Dr(a) _____

_____/_____/_____
_____ assinatura

Despacho do(a) Gestor(a): Prof(a) Dr(a) _____

_____/_____/_____
_____ assinatura

Ciência do(a) responsável (a) pela contrapartida:

Prof(a) Dr(a) _____

_____/_____/_____
_____ assinatura

Informações da Secretaria: Nome: _____

Início: ____/____/_____ Término: ____/____/_____

Bolsista: () Sim _____ () Não

Obs.: _____

Qualificação: ____/____/_____

Prorrogação: ____/____/_____ () Meses Término: ____/____/_____

_____/_____/_____
_____ assinatura

Recebi, ciente do despacho

São Caetano do Sul, ____/____/_____

assinatura do(a) discente

OBS.: Os pedidos de **trancamento/cancelamento** de matrícula deverão ser justificados, sob pena de indeferimento. O aluno que no prazo de **15 dias** após o despacho não comparecer à Secretaria da Pós-Graduação para ciência terá seu requerimento automaticamente cancelado.
Trancamento / Cancelamento: O mestrando deve quitar todos os eventuais débitos até o mês em curso.
O prazo do **trancamento** de matrícula será computado no prazo regimental do mestrando.