UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Cirurgia e à Oftalmologia

REQUERIMENTO PARA ACERTO DE MATRÍCULA

(Inclusão e Cancelamento de Disciplinas)

Nome do Aluno(a):

Nº de Registro:

E-mail:

Programa de Pós-Graduação:

Nivel:

INCLUSÃO DE DISCIPLINA

Nome completo da disciplina	Código	Turma	Créditos

CANCELAMENTO DE DISCIPLINA

Nome completo da disciplina	Código	Turma	Créditos

JUSTIFICATIVA: (justificar o cancelamento de cada disciplina)

Belo Horizonte, de de 2025.

Assinatura do Aluno(a):

De acordo do Orientador(a)

Nome do Orientador(a):

Assinatura do Orientador(a)