

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO VALE DO ARAGUAIA**

Rua Moreira Cabral, nº 1.000 - Setor Mariano

CEP: 78.600-000 - Barra do Garças/ MT

Tel. (66) 3402-4900 - Site: [www.univar.edu.br](http://www.univar.edu.br)E-mail: [secretaria@univar.edu.br](mailto:secretaria@univar.edu.br)**REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO****Data da Solicitação:****Acadêmico (a):****CPF:****Registro Acadêmico/Ra:****Nome do Curso:****Turma/Série:****Tel.:****E-mail:**

Venho, por meio deste requerimento, **formalizar a solicitação abaixo especificada**, conforme as normas e regulamentos desta Instituição de Ensino Superior.

**Observação:** Assinalar com **(X)** a opção desejada e preencher as informações correspondentes.

**TRANCAMENTO DE MATRÍCULA****Motivo:****TRANSFERÊNCIA DE FACULDADE / GUIA DE TRANSFERÊNCIA****Motivo:****Prazo para envio: 10 (dez) dias úteis****TROCA DE TURNO****Motivo****Turno desejado:****É obrigatório anexar documento comparatório que justifique a troca do turno**

Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras e estou ciente de que a solicitação será analisada conforme os critérios institucionais vigentes.

---

**Assinatura do(a) Requerente e/ou Responsável Legal****Assinatura digital (GOV.BR) ou assinatura à próprio punho, conforme RG.**