

**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

PROTOCOLO Nº: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**DESEMBARAÇO ADMINISTRATIVO**

<b>ACADÊMICO (A):</b>		<b>RA:</b>
<b>CURSO:</b>	<b>SÉRIE/SEM.:</b>	
<b>TEL.:</b>	<b>E-MAIL:</b>	
<b>DATA DA SOLICITAÇÃO:</b>		
<i>Requeiro de V. As, se digne atender minha solicitação de:</i>		
TRANCAMENTO DE MATRÍCULA - MOTIVO:		
DESISTÊNCIA/CANCELAMENTO DE CURSO - MOTIVO:		
TRANSFERÊNCIA DE FAC. / GUIA DE TRANSFERÊNCIAS - 10 DIAS ÚTEIS MOTIVO:		
DESTRANCAMENTO DE MATRÍCULA:		
TROCA DE CURSO:		
TROCA DE TURMA:		

**NADA CONSTA NA SECRETARIA ACADÊMICA**

**DOCUMENTOS:****OBSERVAÇÃO:****AUTORIZAÇÃO PRÓ REITOR ADMINISTRATIVO:**

\_\_\_\_\_  
**Eduardo Afonso da Silva**  
Pro - Reitor Administrativo

**DECLARAÇÃO**

(APENAS PARA TROCA DE CURSO /TROCA DE TURMA /DESTRANCAMENTO DE MATRÍCULA)

Declaro para os devidos fins que estou ciente que ao fazer **TROCA DE CURSO/TROCA DE TURMA/DESTRANCAMENTO DE MATRÍCULA**, devo entregar no prazo de 30 dias úteis a contar da data do Protocolo a nova Via do Contrato de Prestação de Serviços Educacionais impresso na presente data.

A não entrega ocasionará o cancelamento da Matrícula.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do requerente e/ou responsável pela solicitação**

**DESEMBARAÇO ADMINISTRATIVO SECRETARIA ACADÊMICA****COMPROVANTE VIA ACADÊMICO****Acadêmico (a):****Curso:****Documento Solicitado:****Barra do Garças - MT, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.****Ass. do Atendente (a) da Secretaria: \_\_\_\_\_**