



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO VALE DO ARAGUAIA

PORTARIA MEC/GM Nº1.328, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2018

Rua Moreira Cabral, 1.000 – Setor Mariano
CEP: 78.600-000- Barra do Garças/MT
Tel. (066) 3402-4900 – Site: www.univar.edu.br

REQUERIMENTO PARA DIVISÃO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

Protocolo: _____/_____/_____

Acadêmico(a):	
Data da Solicitação:	
RG:	Tel.:
e-mail:	Ano de conclusão:
Curso:	

Marque com x o tipo de serviço que precisa:

<input type="checkbox"/> Certificado de conclusão – 10 dias úteis <input type="checkbox"/> 1ª VIA <input type="checkbox"/> 2ª VIA – R\$	<input type="checkbox"/> Conteúdo Programático por disciplina – 10 - dias úteis <input type="checkbox"/> 1ª VIA <input type="checkbox"/> 2ª VIA – R\$
<input type="checkbox"/> Histórico Escolar – 10 dias úteis <input type="checkbox"/> 1ª VIA <input type="checkbox"/> 2ª VIA – R\$	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Diploma de Graduação - 120 dias <input type="checkbox"/> 1ª VIA <input type="checkbox"/> 2ª VIA – R\$	<input type="checkbox"/> Outros:

Justificativa: _____

Anexo: () Sim () Não - Qual? _____

Assinatura do requerente e/ou responsável pela solicitação

Espaço Reservado para preenchimento do Setor de Divisão de Registro de Controle Acadêmico.

1ª via gratuita em ____/____/____. 2ª via – R\$ _____, em ____/____/____.

Forma de pagamento de 2ª via: () Depósito Bancário () pagamento local

Atendente: _____