



UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

DIAMANTINA É MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA É CAMPUS JK É FAMED  
[direcao.medicina@ufvjm.edu.br](mailto:direcao.medicina@ufvjm.edu.br)  
[coordenacao.medicina@ufvjm.edu.br](mailto:coordenacao.medicina@ufvjm.edu.br)



## SOLICITAÇÃO DISCENTE

Eu \_\_\_\_\_,  
matrícula nº \_\_\_\_\_, Curso:  Medicina – Turma \_\_\_\_  Outro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, bairro: \_\_\_\_\_, cidade/UF: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, fone  
(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

venho requerer junto a  Coordenação do Curso de Medicina  Direção FAMED:

Prazo de resposta até 08 dias uteis após a solicitação

Diamantina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Requerente (igual à carteira de identidade)

### Preenchimento exclusivo da coordenação ou direção

Deferido

Respondido

Indeferido

Encaminhado a \_\_\_\_\_ (direção, docente responsável, colegiado, outros)

OBS: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Responsável pelo atendimento da solicitação

Declaro ter recebido documento(s) solicitado(s) e/ou resposta deste Requerimento em:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do Requerente

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI**  
Diamantina - Minas Gerais - Brasil  
**FACULDADE DE MEDICINA É CAMPUS JK - FAMED**  
[direcao.medicina@ufvjm.edu.br](mailto:direcao.medicina@ufvjm.edu.br)  
[coordenacao.medicina@ufvjm.edu.br](mailto:coordenacao.medicina@ufvjm.edu.br)

Nome do aluno \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Assunto (resumir): \_\_\_\_\_

Data do Protocolo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data da entrega ou envio da resposta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Funcionário responsável pelo protocolo na Coordenação de Medicina: \_\_\_\_\_

Preenchimento exclusivo da coordenação