



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
Escola Superior de Ciências da Saúde
Coordenação do Curso de Medicina
Secretaria do Curso de Medicina
Reconhecimento do Curso pela Portaria SEEDF nº 417, de 20/12/2018
(publicado no DODF nº 243, de 24/12/2018)

REQUERIMENTO DE TRANCAMENTO GERAL DE MATRÍCULA - TGM

Eu, _____,
matrícula nº _____, Email _____,
estudante do Curso de Graduação em Medicina, da _____ série, venho por meio deste,
solicitar o TGM - Trancamento Geral de Matrícula pelo período de () 01 ano ou () 02
anos, ano(s) letivo(s) de _____, de acordo com o Regimento Interno da ESCS,
Artigos 88 e 89.

Situação acadêmica do estudante:

- 1- Ano letivo 20____ aprovado(a): () sim () não
- 2- Ano letivo 20____ aprovado(a): () sim () não
- 3- Ano letivo 20____ aprovado(a): () sim () não
- 4- Ano letivo 20____ aprovado(a): () sim () não
- 5- Ano letivo 20____ aprovado(a): () sim () não
- 6- Ano letivo 20____ aprovado(a): () sim () não
- 7- Ano letivo 20____ aprovado(a): () sim () não
- 8- Ano letivo 20____ aprovado(a): () sim () não
- 9- Ano letivo 20____ aprovado(a): () sim () não

Estou ciente que devo realizar a renovação de minha matrícula, nos períodos previstos
no calendário acadêmico de minha série no curso de medicina.

Brasília, de de

Assinatura do(a) Estudante