



Ministério da Educação  
Instituto Federal do Espírito Santo  
Campus Cachoeiro de Itapemirim

| REQUERIMENTO PARA RECURSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------|
| NOME DO REQUERENTE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  | CONTATOS (TELEFONES E E-MAIL):          |
| CURSO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SÉRIE / PERÍODO: | MATRÍCULA:                              |
| VEM REQUERER A:<br>( ) DIREÇÃO DE ENSINO                      ( ) CRA                      ( ) COORDENAÇÃO DE CURSO                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                                         |
| OBJETO REQUERIDO:<br>( ) TRANCAMENTO DE MATRÍCULA                      ( ) MUDANÇA DE CAMPUS<br>( ) REABERTURA DE MATRÍCULA                      ( ) MUDANÇA DE CURSO<br>( ) REINTEGRAÇÃO DE MATRÍCULA                      ( ) TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA INSTITUIÇÃO DE ENSINO<br>( ) REVISÃO DE RESULTADO FINAL                      ( ) OUTROS: _____ |                  |                                         |
| FUNDAMENTOS DO REQUERIMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                         |
| DOCUMENTOS ANEXADOS ? ( ) NÃO    ( ) SIM. QUAL(is):                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                         |
| ASSINATURA DO REQUERENTE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  | DATA DO REQUERIMENTO:<br>____/____/____ |