



**Ministério da Educação
Universidade Federal do Ceará
Instituto UFC Virtual**

REQUERIMENTO DE REABERTURA DE MATRÍCULA

Aluno: _____ Matrícula: _____
Curso: _____ Polo: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ CEP: _____ - _____ Cidade: _____
Telefone: _____ Celulares: _____
E-mail: _____

Venho por meio da justificativa abaixo solicitar a reabertura de matrícula:

Em ____/____/____

Assinatura

**Instituto Universidade Virtual
Av. Humberto Monte, s/n, Campus do Pici, Bloco 901 (1ª Andar)
CEP: 60440-554 – Fortaleza/CE
Fone: (85) 3366.9509**