

REQUERIMENTO DE COLAÇÃO DE GRAU - MEDICINA

1. MODALIDADE DE COLAÇÃO (assinale apenas uma opção)

- Colação de Grau Oficial (UNITPAC)
 Colação de Grau em Gabinete On-line
-

2. DADOS DO(A) ACADÊMICO(A)

Nome Completo: _____

Curso: _____ Matrícula: _____ Telefone: _____

E-mail institucional: _____

Data prevista para conclusão: ___ / ___ / ___ Ano/Semestre de Conclusão: ___ / ___

3. DECLARAÇÃO DO(A) FORMANDO(A)

Declaro que tenho previsão de integralização total do curso no semestre acima informado e estou ciente de que:

- A participação na Colação de Grau está condicionada à conclusão integral da matriz curricular, incluindo disciplinas, carga horária total, Atividades Complementares e regularidade junto ao ENAMED, quando aplicável;
 - A validação final da aptidão para colação será realizada pela Secretaria Acadêmica;
 - Caso não integralize todos os requisitos acadêmicos dentro do prazo estabelecido, meu nome será automaticamente excluído da lista de formandos aptos;
 - A escolha da modalidade de colação é definitiva para o semestre vigente.
-

4. ENVIO DE DOCUMENTAÇÃO

Todos os documentos obrigatórios deverão ser anexados em arquivo único (formato PDF) e enviados pelo: Portal do Aluno: <https://portalaluno.afya.com.br> ou Aplicativo Afya.

O não envio completo da documentação dentro do prazo estabelecido em edital poderá impedir a participação na solenidade.

Declaro que as informações acima são verdadeiras e estou ciente das normas previstas no Regulamento e Edital de Colação de Grau vigente.

Local e data: _____, ___ / ___ / 2026

Assinatura do(a) Acadêmico(a)