**Universidade**

**Federal do Ceará**

Curso de Odontologia do *Campus* de Sobral

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE QUEBRA DE PRÉ-REQUISITO

**ATENÇÃO: DEFERIMENTO DE QUEBRA DE PRÉ REQUISITO É EXTREMAMENTE RARO E DADO APENAS EM SITUAÇÕES EXTREMAMENTE ESPECÍFICAS. VEJA INFORMAÇÕES NA RESOLUÇÃO Nº001/2017/ODS DE 20 DE ABRIL DE 2017, DISPONÍVEL NO SITE DO CURSO.**

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

RESERVADO AO ALUNO

|  |  |
| --- | --- |
| NOME | MATRICULA |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CÓDIGO | TURMA | DISCIPLINA |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| MOTIVO |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| DATA | ASSINATURA |
| \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |  |

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

RESERVADO À COORDENAÇÃO DO CURSO

|  |  |
| --- | --- |
|  | DEFERIDO |
|  | INDEFERIDO |
| MOTIVO | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| DATA | ASSINATURA DO(A) COORDENADOR(A) |
| \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |  |
| DATA | ASSINATURA DO(A) PROFESSOR(A) |
| \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |  |