



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COLEGIADO DO CURSO DE MEDICINA

REQUERIMENTO DE QUEBRA DE PRÉ-REQUISITO

Eu, _____, Aluno(a) matriculado(a) sob o nº _____, venho requerer junto ao Colegiado do Curso de Medicina, a quebra de pré-requisito da(s) disciplina(s) abaixo listada(s):

Código da Disciplina	Nome da Disciplina que deseja cursar com a quebra de pré-requisitos

1. Justificativa da solicitação de Quebra de Pré-requisito:

1.1 () Res. 39/10, art. 1º - *“O interessado julga ser necessária para correção de equívoco e/ou ação cuja responsabilidade seja da Universidade”*. Neste caso de acordo com parágrafo único do art. 1º da Res. 39/10, *“O interessado deverá explicitar os atos de responsabilidade desta Universidade que motivaram seu pedido, juntando prova de sua ocorrência.”*

1.2 justificativa:

Nestes termos, peço deferimento.

Vitória/ES, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) requerente