



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA



REQUERIMENTO DE QUEBRA DE PRÉ-REQUISITO

GRR	Nome:
Fone:	E-mail:

SOLICITA A DISPENSA DO(S) PRÉ/CORREQUISITO(S) ABAIXO RELACIONADOS:

CÓDIGO	DISCIPLINA	PRÉ-REQUISITO	Período

PARA CURSAR AS SEGUINTE DISCIPLINAS

CÓDIGO	DISCIPLINA	PRÉ-REQUISITO	Período	DEFERIDO	INDEFERIDO

JUSTIFICATIVA:

(use o verso se necessário)

Anexar a documentação relacionada abaixo (a impressão de todos os documentos é de responsabilidade do aluno):

1. Histórico escolar com IRA
2. Quadro com disciplinas a cursar organizadas semestre a semestre, respeitados os pré-requisitos até o 8º período do curso de medicina.

Tenho ciência de que no caso de deferimento do meu pedido, é de minha responsabilidade solicitar a matrícula da referida disciplina no período de ajuste de matrículas, e que para iniciar o Estágio no 9º período devo ter concluído com aprovação todas as disciplinas até o 8º período.

Assinatura _____

Curitiba, ____/____/____

DESPACHO (PARA USO DA UFPR):

Reunião de colegiado de ____/____/____

Observações: