



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

REQUERIMENTO DE SEGUNDA CHAMADA

Ilmo. (a) Sr. (a) Prof. (a) _____

MD. Coordenador(a) de Graduação do Curso de Odontologia – FAO/UFAM

Nome do (a) Aluno (a)

Matricula nº _____ residente e domiciliado (a) nesta Cidade

na _____ telefone: _____

e-mail: _____, aluno (a) do _____ período deste

Curso, solicita de V. S^a o direito à segunda chamada no exame _____

da Disciplina _____, realizado em

primeira chamada no dia _____.

Segue abaixo o motivo justo (Anexar o comprovante):

Nestes Termos, pede deferimento.

Manaus, ____/____/____

Assinatura

PROTOCOLO: Nº _____ Fls: _____ Data: _____

REQUERENTE: _____

PROTOCOLISTA: _____