



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE  
CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC  
TELEFONE: (48) 3721-3461  
email: [odontologia@contato.ufsc.br](mailto:odontologia@contato.ufsc.br)

## SOLICITAÇÃO DE QUEBRA DE PRÉ-REQUISITO

Eu, \_\_\_\_\_ Matricula nº. \_\_\_\_\_

solicito quebra de pré-requisito na(s) disciplina(s) a seguir:

| Código | Nome Completo da Disciplina | Fase | Pré-requisitos não cumpridos<br>(código e nome da disciplina) |
|--------|-----------------------------|------|---------------------------------------------------------------|
|        |                             |      |                                                               |
|        |                             |      |                                                               |
|        |                             |      |                                                               |
|        |                             |      |                                                               |
|        |                             |      |                                                               |

### Justificativa da excepcionalidade:

(    ) Formando no semestre em que haverá a quebra de pré-requisito solicitada.

(    ) Cumprimento de créditos por aluno transferido (no país ou estrangeiro).

(    ) Risco da extinção da oferta da disciplina devido a alterações curriculares.

(    ) Outro motivo EXCEPCIONAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura digital do Aluno(a)