|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA/UDESC CENTRO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA/CEAD DIREÇÃO DE ENSINO DE GRADUAÇÃO/DEG SECRETARIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO/SEG** | | |
| **REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE SEGUNDA CHAMADA DE AVALIAÇÃO GERAL OU EXAME FINAL** | | | |
| **Tipo de Avaliação: PROVA GERAL** | | | |
| Ilmo/a. Sr/Srª. Chefe de Departamento do Curso de **SELECIONE O CURSO** CEAD/UDESC  Eu, **DIGITE SEU NOME**, CPF nº **DIGITE SEU CPF** polo: /turma: **DIGITE SEU POLO/TURMA**, venho conforme Resolução 039/2015 – CONSEPE, solicitar realização de Segunda Chamada de Avaliação, na(s) disciplina(s) de **DIGITE A DISCIPLINA**, pelo(s) seguintes(s) motivos(s) | | | |
| **ESCREVA AQUI OS MOTIVOS PARA SUA SOLICITAÇÃO** | | | |
| **Anexar comprovante do motivo da solicitação. No caso de atestado médico deverá ser firmado por profissional legalmente habilitado, devendo constar:** diagnóstico por escrito ou CID - Código Internacional da Doença, tempo de repouso estimado para a recuperação (quando for o caso),data da emissão do atestado, nome completo do médico, número do CRM – Registro Conselho Regional de Medicina (CARIMBO), assinatura do Médico. Em caso de **doença do familiar** deverá conter: nome completo do familiar e grau de parentesco, assim como a descrição da patologia do familiar ou CID. O atestado médico será **RECUSADO** se houver descumprimento dos requisitos aqui apresentados.  Observação: A presente orientação atende ao disposto na Resolução CFM nº 1.851/2008, que altera o art. 3º da Resolução CFM nº 1.658, de 13 de fevereiro de 2002, que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências. | | | |
| **CONTATO** | | | |
| Telefone(s) para contato: **DIGITE O TELEFONE** | | E-mail: **DIGITE O E-MAIL** | |
| **IMPRIMA E ASSINE ABAIXO: (OBRIGATÓRIO)** | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (Local e data)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do requerente | | | |
| **INSTRUÇÕES: Preencha corretamente este requerimento, imprima, digitalize-o e encaminhe o arquivo por e-mail para o endereço** [**seg.cead@udesc.br**](mailto:seg.cead@udesc.br)**.** | | | |
| **Universidade do Estado de Santa Catarina**  **Centro de Educação a Distância - CEAD**  **Av. Madre Benvenuta, 2007 - Itacorubi - 88.035-001**  **Florianópolis SC - Fone: (48) 3664-8400 - www.udesc.br** | | | **logo_governo_oficio** |