****

 **UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

**COLEGIADO DO CURSO DE ODONTOLOGIA**

**colegodo@ufba.br**

**(ENVIAR SOLICITAÇÃO SOMENTE PARA O E-MAIL colegodo@ufba.br)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME:** | | **MATRÍCULA:** |
| **SEMESTRE DE INGRESSO:** | **E-MAIL:** | **TELEFONE:** |
| **JUSTIFICATIVA:** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

**SOLICITAÇÃO DE QUEBRA DE PRÉ-REQUISITO**

**Para ter a solicitação avaliada pelo Coordenador do Curso de Graduação, o requerente terá que apresentar os seguintes requisitos:**

**I –** O Coeficiente de Rendimento deverá ser igual ou superior a 5,0 (cinco);

**II –** A concessão somente será dada para o (a) aluno (a) que já cursou o pré-requisito e obteve reprovação por nota, exceto para alunos concluintes.  
**III –** A nota final obtida pelo aluno no componente curricular (pré-requisito) no qual foi reprovado deverá ser igual ou superior a 4,0 (quatro).

**Casos omissos serão julgados pela plenária do Colegiado do Curso ao qual o requerente está ligado.**Nos casos omissos (reprovação por falta e/ou nota inferior a 4,0) o aluno deverá anexar o Histórico Escolar.