



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA**

Pró-Reitoria de Ensino de Graduação  
Departamento de Administração Escolar

PROTOCOLO

## REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE AVALIAÇÃO

**Orientações:**

De acordo com o Art. 74, da **Resolução 17/CUn/97**, o aluno terá direito de realizar avaliações que foram perdidas por motivos extremos, mediante JUSTIFICATIVA.

**Art. 74** - O aluno, que por motivo de força maior e plenamente justificado, deixar de realizar avaliações previstas no plano de ensino, deverá formalizar pedido de avaliação à Chefia do Departamento de Ensino ao qual a disciplina pertence, dentro do prazo de **3 (três) dias úteis**, recebendo provisoriamente a menção I.

**§ 1º** - Cessado o motivo que impediu a realização da avaliação, o aluno, se autorizado pelo Departamento de Ensino, deverá fazê-la. Quando, então, tratando-se de nota final, será encaminhada ao Departamento de Administração Escolar-DAE, pelo Departamento de Ensino

<b>NOME COMPLETO</b>															<b>MATRÍCULA</b>									
<b>CURSO DE GRADUAÇÃO</b>																								
<b>TELEFONE</b>										<b>E-MAIL</b>														

<b>NOME DO PROFESSOR</b>																								
<b>CÓDIGO</b>					<b>DISCIPLINA</b>										<b>DATA DA AVALIAÇÃO</b>					___/___/___				

Venho respeitosamente requerer:

<b>PEDIDO E JUSTIFICATIVA</b>	<b>Anexou Comprovantes?</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sim</b>	<input type="checkbox"/> <b>Não</b>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
<b>PARECER DO PROFESSOR</b>	<input type="checkbox"/> <b>Deferido</b>	<input type="checkbox"/> <b>Indeferido</b>	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
Data ___/___/___	Assinatura do Professor _____		

Nestes termos, peço deferimento.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Assinatura do Aluno \_\_\_\_\_

### REQUERIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE AVALIAÇÃO

(Caro aluno favor preencher estes campos com seus dados)

Recebemos do aluno \_\_\_\_\_,  
no dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ matriculado na UFSC com número \_\_\_\_\_ no curso de \_\_\_\_\_, este requerimento.

Secretaria Acadêmica/CEM/UFSC