



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
CAMPUS TOLEDO
CURSO DE MEDICINA

SOLICITAÇÃO SEGUNDA CHAMADA

Professor: _____
Responsável pelo Módulo

Módulo de: _____

O abaixo-assinado, _____,
GRR _____, regularmente matriculado no _____ período do Curso
de Medicina do Campus Toledo, da UFPR, requer, segunda chamada para a prova realizada no dia
____ / ____ / _____. (O requerimento deve estar no prazo de 5 dias úteis à realização da prova ou
no caso de viagens, previstos em resolução, o prazo será de 5 dias úteis do retorno do aluno).

Em anexo, acrescento a documentação comprobatória (Atestado Médico ou outros):

Assinatura: _____ Toledo, _____ de _____ 20 _____.

Telefone: (____) _____ - _____ E-mail: _____

Parecer: Avaliada a aderência da solicitação às normas desta UFPR, () Defiro
() Indefiro o requerimento. (No caso de deferimento, será expedido edital com local e data para
a realização da segunda chamada, com prazo de, no mínimo, 5 dias úteis de antecedência à prova).

Toledo, _____ de _____ 20 _____.

Professor

Aluno