



## REQUERIMENTO DE AVALIAÇÃO DE RECUPERAÇÃO COMPLEMENTAR

Sra. Coordenadora do Curso de Pós Graduação em Gestão em Saúde

Eu, \_\_\_\_\_,  
aluno(a) regularmente matriculado(a) no Curso, matrícula nº \_\_\_\_\_,  
telefone \_\_\_\_\_,  
e-mail \_\_\_\_\_, polo \_\_\_\_\_  
tendo cumprido todas as exigências curriculares e legais do Curso, solicito a realização da Avaliação de Recuperação Complementar de Unidade Curricular, tendo a ciência que não havendo aprovação, não terei nenhum direito posterior de recurso e que as datas e prazos serão estabelecidas pela Coordenação do curso.

Unidades Curriculares solicitadas (no máximo Duas)

( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) aluno(a)