



**Justificativa de ausência:**

Requerimento deve ser enviado devidamente preenchido e assinado no prazo **5 (cinco) dias úteis**, contados da data da atividade acadêmica a ser justificada. ([Resolução nº023/2017-CONSEPE/UFAM](#))

**Prova de 2ª chamada:**

Requerimento deve ser enviado devidamente preenchido e assinado no prazo **3 (três) dias úteis**, contados da realização de cada avaliação. ([Resolução nº048/2009-CONSEPE/UFAM](#))

**Observações:** As resoluções e motivos para solicitar justificativa de ausência estão disponíveis no site: <https://fcf.ufam.edu.br/prova-justificativa.html>  
**E-mail para envio deste requerimento e documentos comprobatórios:** [coordcursofcf@ufam.edu.br](mailto:coordcursofcf@ufam.edu.br)

**REQUERIMENTO PARA PROVA DE 2ª CHAMADA E JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA**

Nome do(a) discente:					
Nº de Matrícula:		Curso:		Telefone:	
E-mail:					
*Requerimento referente a: ( ) Prova de 2ª Chamada e/ou ( ) Justificativa de ausência (período ____/____/____ a ____/____/____)					
<b>*Observação: anexar atestado médico ou outros documentos comprobatórios em arquivo separado deste formulário.</b>					
Justificativa do pedido:					
DISCIPLINA	TURMA	PROFESSOR (A)	ASSINALE (X)		DATA
			AULA	PROVA	



Manaus, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do solicitante

Recebido em Manaus, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por \_\_\_\_\_

Via do requerente (preenchimento pela Coordenação do Curso de Farmácia)

 <p>Poder Executivo Ministério da Educação Universidade Federal do Amazonas Faculdade de Ciências Farmacêuticas Coordenação do Curso de Farmácia</p>		 <p>UFAM</p>	
<b>COMPROVANTE DE ENTREGA DE REQUERIMENTO PARA PROVA DE 2ª CHAMADA E JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA</b>			
Nome do(a) discente:			
Nº de Matrícula:		Curso:	
Requerimento: ( ) Prova de 2ª Chamada ( ) Justificativa de ausência			
Data do recebimento: ____/____/____		Recebido por:	