



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ODONTOLOGIA

---

---

**REQUERIMENTO DE REPOSIÇÃO**

EU \_\_\_\_\_ matrícula \_\_\_\_\_

venho por meio deste requerer a realização de reposição de prova do  
componente curricular \_\_\_\_\_, pois no dia de  
realização da prova \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ fui impossibilitado devido

---

---

---

João Pessoa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do discente