**SOLICITAÇÃO DE REVERSÃO DE DECISÃO COLEGIADA**

Discente:

Matrícula:

Descrição da Decisão:

Data da Solicitação:

Justificativa:

|  |
| --- |

Assinatura Discente:

|  |
| --- |

\* Deverá ser enviado juntamente com este formulário, os documentos que corroborem com a justificativa apresentada (em PDF único). A solicitação deve ser enviada no prazo máximo de sete dias úteis contados a partir do conhecimento (email da secretaria) da última decisão Colegiada sobre o assunto.