FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO – VISTA E REVISÃO DE PROVA

IMPORTANTE:

1. O requerimento precisa ser **preenchido e assinado até o item 3** e salvo no formato **PDF**, deverá ser enviado pelo(a) discente por e-mail para secretariaacademicatl@ufpr.br.
2. O requerimento deve estar no prazo de **3 dias úteis** subsequentes à publicação das notas em edital.

1. Identificação da Avaliação:

( ) Avaliação Teórica ( ) Avaliação Prática

Docente responsável: _____

Módulo (TLDM) / Conteúdo: _____

2. Identificação do(a) Discente:

Nome completo: _____

GRR: _____ Período do curso: _____

E-mail UFPR: _____

3. Solicitação de Vista de Prova:

Eu, discente regularmente matriculado(a) no curso de **Medicina do Campus Toledo/UFPR**, solicito **vista da prova** realizada em **____/_____/____**, cuja **divulgação de notas ocorreu em ___/_____/_____**.

> *O direito à revisão das avaliações escritas está garantido conforme o **Art. 93, §3º.** Conforme o **Art. 105, "a", da Resolução nº 37/97-CEPE**, esta solicitação está sendo realizada dentro do prazo de **3 (três) dias úteis** subsequentes à publicação do resultado.*

Toledo, ____/_____/_____.

Assinatura do(a) discente: _____

4. Registro da Vista de Prova (preenchido pelo(a) docente):

Vista concedida sob supervisão do(a) docente: _____

Data da vista: ____/_____/_____.

> *Conforme o **Art. 105, "b", da Resolução nº 37/97-CEPE**, a vista deve ocorrer no prazo de **3 (três) dias úteis** após o requerimento.*

Assinatura do(a) docente: _____

Assinatura do(a) discente: _____

, .

5. Requerimento de Revisão de Questões: (preenchida pelo(a) discente):

Solicito **revisão da avaliação** com base na seguinte argumentação:

(Descrever de forma objetiva os pontos de discordância com a correção).

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Toledo, ____/_____/_____.
Assinatura do(a) discente: _____

---

6. Parecer do(a) Docente – Revisão de Avaliação:

Data da revisão: ____/_____/_____.

***Art. 105, "c", da Resolução nº 37/97-CEPE**: O parecer sobre a revisão deve ser emitido em até **10 (dez) dias úteis** após o requerimento.*

Parecer do(a) docente:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Toledo, ____/_____/_____.
Assinatura do(a) docente: _____
Assinatura do(a) discente: _____

, .