



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
CAMPUS TOLEDO - CURSO DE MEDICINA

REQUERIMENTO DE VISTA DE PROVA

(  ) Avaliação Teórica (  ) Avaliação Prática

Professor (a):

Módulo e Conteúdo:

Eu,

GRR  , regularmente matriculado no  período do Curso de Medicina do Campus Toledo, da UFPR, requer, **vista da prova realizada no dia** , cujo **edital de divulgação de notas ocorreu no dia**  (Art. 105, a, Res. n° 37/97-CEPE: o requerimento deve estar no prazo de **03 dias úteis** subsequentes à publicação das notas em edital). A presente solicitação está fundamentada no Artigo 93, § 3°, da Resolução n° 37/97-CEPE.

Telefone:   E-mail:

Toledo,  de  de .

Assinatura:

Vista de prova concedida sob a supervisão do servidor:   
no dia  (Art. 105, b, Res. n° 37/97-CEPE: a vista de prova deve estar no prazo de **03 dias úteis** subsequentes ao requerimento).

Servidor (a)

Aluno (a)

REQUERIMENTO DE REVISÃO DE QUESTÕES

Requeiro a revisão da avaliação, com base na seguinte argumentação:

Art. 105, b, Res. n° 37/97-CEPE: o requerimento de revisão da prova deve estar no prazo de **03 dias úteis** subsequentes à vista.

Toledo,  de  de .

Assinatura:



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
CAMPUS TOLEDO - CURSO DE MEDICINA**

Revisão da avaliação efetuada no dia , segue o parecer:

*Art. 105, c, Res. nº 37/97-CEPE: o parecer acerca da revisão da prova deve estar no prazo de **10 dias úteis** ao requerimento de revisão.*

Toledo,  de  de .

Professor (a)

Aluno (a)