



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA**

Campus Joinville  
Rua Dr. João Colín 2700 – Santo Na

Este requerimento, após preenchido, deve ser entregue diretamente ao(a) professor(a).

## PEDIDO DE REVISÃO DE PROVA

**Orientações:**

De acordo com o Art. 73, da Resolução 17/CUn/97:

**Art. 73** - É facultado ao aluno requerer ao Chefe do Departamento a **revisão da avaliação**, mediante justificativa circunstanciada, dentro de **02 (dois) dias úteis**, após a divulgação do resultado.

§ 1º - Processado o pedido, o Chefe do Departamento o encaminhará ao(s) professor(es) da disciplina para proceder a revisão na presença do requerente em **02 (dois) dias úteis**, dando em seguida ciência ao requerente.

<b>NOME COMPLETO</b>												<b>MATRÍCULA</b>			
<b>CURSO DE GRADUAÇÃO</b>															
<b>TELEFONE</b>						<b>E-MAIL</b>									

<b>NOME DO PROFESSOR</b>															
<b>CÓDIGO</b>				<b>DISCIPLINA</b>											
E	M	B													
<b>DATA DA PROVA</b>				/	/	<b>DIVULGAÇÃO DA NOTA</b>				/	/				

Venho respeitosamente requerer revisão de prova (justificativa do pedido no verso da folha).

Nestes termos, peço deferimento.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do Aluno \_\_\_\_\_

<b>PARA SER PREENCHIDO PELO PROFESSOR</b>				
<b>Revisão de prova</b>		<b>Data</b> ____/____/____	<b>Horário:</b> _____	<b>Local:</b> _____
<b>PARECER APÓS A REVISÃO DE PROVA</b> (Data ____/____/____)				
<b>A nota deverá</b>	<input type="checkbox"/> <b>Permanecer a mesma</b>			
	<input type="checkbox"/> <b>Ser alterada para</b> _____ ( _____ )			
<i>Nota por extenso</i>				
<b>Comentários do Professor</b>				
Assinatura do Professor		Assinatura do Aluno		

