



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

**REQUERIMENTO DE VISTA DE PROVA**

Professor: \_\_\_\_\_  
Responsável pelo Módulo

Módulo de: \_\_\_\_\_

O abaixo assinado, \_\_\_\_\_,

**Nome do aluno (a)**

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. nº 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, § 3º, da Resolução nº 37/97-CEPE.

Toledo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

-----

Vista de prova concedida sob a supervisão do servidor: \_\_\_\_\_, no dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Art. 105, b, Res. nº 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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Continua no verso...

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

Toledo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

