



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE  
CEP: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SC  
TELEFONE (48) 3721-9520 - (48) 3721-9523  
E-mail: [odt@contato.ufsc.br](mailto:odt@contato.ufsc.br) Website: [www.odt.ccs.ufsc.br](http://www.odt.ccs.ufsc.br)

### **REQUERIMENTO DE REVISÃO DE PROVA**

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.*

*§ 2º - Dentro do prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da data da ciência, o interessado poderá recorrer ao Departamento, cujo Chefe designará comissão constituída por 3 (três) professores, excluída a participação do(s) professor(es) da disciplina.*

*§ 3º - A Comissão terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para emitir parecer conclusivo.*

#### **DADOS DO ALUNO**

Nome completo:  Matrícula:

Telefone:  E-mail:

#### **DADOS DA AVALIAÇÃO**

Disciplina:

Professor responsável:

Data da avaliação:  Data da divulgação da nota:

#### **JUSTIFICATIVA**

Data:  Assinatura do Aluno: \_\_\_\_\_