



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI – UFCA
FACULDADE DE MEDICINA – FAMED
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA

Campus Barbalha-CE CEP: 63.180-000 – Rua Divino Salvador, 284 – Rosário.
Contato: medicina.famed@ufca.edu.br / 88-3221.9601



SOLICITAÇÃO DE REVISÃO DE PROVA

Eu, _____
Matriculado sob o número _____, discente do curso de medicina da Universidade Federal do Cariri, regularmente matriculado(a) no período letivo _____, venho requerer com base na Resolução CEPE Nº 46, de 02 de agosto de 2001, que regulamenta a avaliação de desempenho do discente do Curso de Medicina; solicito encaminhamento deste documento ao (à) docente _____, de conformidade com o Art. 8º para revisão das questões abaixo relacionadas, referente a prova realizada no dia ____/____/____.

Nesses termos, peço deferimento.

Barbalha, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO DISCENTE

SOLICITAÇÃO DE REVISÃO DE PROVA – COMPROVANTE DO SOLICITANTE

Nome completo: _____

Solicitação: _____

Data: ____/____/____ _____

ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)