





Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Centro de Ciências Médicas (CCM) Faculdade de Medicina do Recife (FMR) Curso de Graduação em Medicina

REQUERIMENTO DE REVISÃO DE AVALIAÇÃO

Dados do Responsável	PELA R EQUISIÇÃO):			
Nome: Período: Telefone:					
E-mail:					
Dados do Componente Curricular e Avaliação:					
Código e Nome do Avaliação:					
Data da Avaliação:		Data	de Divulgação das No	otas:	
Observações:					
,					
LOCAL E DATA DA REQUISI	ÇÃO:				
Recife,	de		de		
		A salinaku.			
		Assinatura do	o/a estudante ou responsa	avei.	

Orientação:

1 – Enviar para o Coordenador/a do Módulo. Na ausência deste/a, à secretaria do departamento/área acadêmica.