



ATENÇÃO: PREENCHA ADEQUADAMENTE E IMPRIMA APENAS O FORMULÁRIO (Pág. 2) PARA APRESENTAR NA SECRETARIA ACADÊMICA – SECAC

REVISÃO DE NOTAS

1 O que é?

Solicitação protocolada pelo aluno da UFFS requerendo a revisão das avaliações, mediante a apresentação de justificativa circunstanciada.

2 Quando fazer a solicitação?

O(a) aluno(a) poderá requerer a revisão das notas das avaliações no prazo máximo de três (3) dias úteis após a divulgação do resultado.

3 Em que local devo apresentar a solicitação?

A solicitação deverá ser entregue na Secretaria Acadêmica (SECAC) do *campus*.

4 Quais são os documentos exigidos para a solicitação?

a) Formulário DRA/DCA 024 devidamente preenchido (exceto o quadro “Reservado à Coordenação de Curso e ao(s) Professor(es) do CCR”).

5 Fundamentação legal:

Art. 81 da Resolução nº 4/2014 – CONSUNI/CGRAD.

6 Trâmite:

6.1 O aluno preenche o formulário DRA/DCA 024 e apresenta na SECAC do seu *campus*.

6.2 A SECAC, após verificar o correto preenchimento e protocola o requerimento e encaminha para o Coordenador do Curso.

6.3 Homologado o pedido, o coordenador do curso deverá encaminhá-lo ao(s) docente(s) do CCR para proceder a revisão.

6.4 O(s) docente(s) deve(rão) entrar em contato com o aluno, no prazo de 3 (três) dias úteis para proceder, na presença do requerente, a revisão da nota, dando-lhe ciência do resultado.

6.5 O(s) docente(s) do(s) CCR(s) entrega(m) os documentos relativos à revisão de notas ao coordenador do curso do requerente, que encaminha para SECAC realizar o arquivamento na pasta do aluno.



REQUERIMENTO DE REVISÃO DE NOTAS

Aluno(a): _____

Nº. de matrícula: _____ Nº. de CPF: _____ Campus: _____

Curso: _____ Turno: _____

Solicito a **revisão da nota da avaliação** do componente curricular (CCR)

ministrado pelo(a) professor(a) _____, referente à avaliação realizada no dia ____ / ____ /20____, conforme comprovante anexo.

Justificativa: _____

_____, ____ / ____ /20____.

Assinatura do(a) Aluno(a)

Trâmite interno:

À Coordenação do Curso:

Recebido em ____ / ____ /20____.

() Pedido homologado e encaminhado ao professor em ____ / ____ /20____.

() Pedido não homologado

Motivo: _____

Coordenador
(assinatura e carimbo)

Obs.: Homologado o pedido, o Coordenador do Curso deverá encaminhá-lo ao(s) professor(es) do CCR para proceder a revisão, na presença do requerente, em até 03 (três) dias úteis.

Ao(s) professor(es) que ministrou(aram) o CCR:

() Nota revisada e alterada

() Nota revisada e não alterada

Professor/Siape
(assinatura)

Motivo: _____

Ciente do aluno: _____

Data: ____ / ____ /20____.

(nome legível)

Protocolo nº. _____ data: ____ / ____ /20____ Servidor: _____

Protocolo nº. _____ data: ____ / ____ /20____ Servidor: _____

Requerimento de revisão de notas

