



PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

Protocolo Nº \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

ILMO(A) SR(A) DIRETOR(A) DO CENTRO DE: \_\_\_\_\_.

NOME: \_\_\_\_\_,

CURSO: \_\_\_\_\_ SÉRIE: \_\_\_\_\_ TURMA: \_\_\_\_\_

vem respeitosamente requerer, conforme segue abaixo:

( ) Vista formal de Avaliação

( ) Revisão de Avaliação

Professor(a): \_\_\_\_\_

Disciplina: \_\_\_\_\_ Avaliação: \_\_\_\_\_

Justificativa \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Assinatura do Aluno(a): \_\_\_\_\_

**PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO PROFESSOR(A)**

Nota Alterada pelo(a) professor(a): \_\_\_\_\_ ( ) Não houve alteração

Nº de faltas alterada pelo(a) professor(a): \_\_\_\_\_ ( ) Não houve alteração

Justificativa \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Assinatura do Professor(a): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_