



Universidade de São Paulo  
Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto

**PEDIDO DE REVISÃO DE NOTA**

Ribeirão Preto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

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

Nome da Disciplina (com código): \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, aluno(a) regularmente matriculado(a) no \_\_\_\_ semestre do curso de Farmácia desta Faculdade, sob o nº USP \_\_\_\_\_, venho requerer revisão de nota, referente à avaliação realizada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, de acordo com o estabelecido pela PORTARIA DA CHEFIA DCBm Nº 09/2023 DE 20 DE JULHO DE 2023, pelo(s) motivo(s) abaixo relacionado(s). Estou ciente de que o tempo de revisão da nota é de, no máximo, 30 minutos.

JUSTIFICATIVA objetiva com indicação específica dos aspectos para os quais solicita revisão:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Nestes termos,  
peço deferimento*

Ass.: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Para uso do Docente**

( ) Mantenho a nota

( ) Altero a nota para: \_\_\_\_\_ (por extenso).

Justificativa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

( ) O aluno não compareceu

Observação (se necessário): \_\_\_\_\_

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

Nome do(a) Professor (a): \_\_\_\_\_

**Ciência do Acadêmico**

Ciente em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_