

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA - UNILAB
SECRETARIA DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO – SRCA
Campus Liberdade, Bloco Administrativo II, Sala SRCA - Av. da Abolição, 3 - Centro, Redenção - CE, 62790-000 — Brasil.
Telefone: +55 (85) 3332.6118, e-mail: srca@unilab.edu.br

FORMULÁRIO DE TRANCAMENTO ESPECIAL POR MOTIVO DE DOENÇA

IDENTIFICAÇÃO DO(A) ESTUDANTE

| | |
|---|---------------|
| Nome: | Nº Matrícula: |
| Curso: | |
| Motivo do cancelamento: | |
| E-mail: | Fone: () |
| Possui bolsa/auxílio pela Universidade? () sim () não | |

1- REQUERIMENTO DE TRANCAMENTO ESPECIAL POR DOENÇA/ DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA:

1. () Doença/ Atestado médico com CID-10 ou o diagnóstico da doença por escrito.
(Com quantidade de dias de afastamento)

A documentação está: () completa e legível () com pendências

Redenção, __/__/____

Assinatura do Requerente: _____

2-SECRETARIA DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO- SRCA/UNILAB

Encaminho o (a) estudante ao Divisão de Assistência à Saúde do Estudante - DIASE/COASE/PROPAE.

Redenção, __/__/____

Assinatura do Responsável: _____

OBSERVAÇÕES:

Redenção, __/__/____

Assinatura: _____

3 - Divisão de Assistência à Saúde do Estudante - DIASE/COASE/PROPAE:

Pelo Indeferimento por motivo:

Pelo Deferimento

Redenção, __/__/____

Assinatura: _____

OBSERVAÇÕES:

Redenção, __/__/____

Assinatura: _____

AUTENTICAÇÃO:

Indeferido

Deferido

Redenção, __/__/____

Assinatura: _____

4 - COORDENADOR DO CURSO:

1. Deferido 2. Indeferido

Redenção, __/__/____

Assinatura: _____

OBSERVAÇÕES:

Redenção, __/__/____

Assinatura: _____