

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 REGIME ESPECIAL/PRORROGAÇÃO DE REGIME ESPECIAL

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

1-REQUERIMENTO DE REGIME ESPECIAL POR MOTIVO/ DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA:	
1. () Doença/ Atestado médico com CID-10 ou o diagnóstico da doença por escrito. (Com quantidade de dias de afastamento)	
2. () Gestação a parti do 8º mês/ Cartão de pré-natal, frente e verso.	
3. () Após o nascimento/ Certidão de nascimento do filho ou declaração de nascido vivo.	
4. () Prorrogação do Regime Especial mediante atestado médico (LEI nº 6.202, de 17 de abril de 1975).	
5. () Outros: _____	
A documentação está: () completa e legível () com pendências	
Redenção, ___ / ___ / ___	Assinatura: _____

2-SECRETARIA DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO- SRCA/UNILAB	
Encaminho o (a) estudante à Divisão de Assistência à Saúde do Estudante- DIASE/COASE/PROPAE.	
Redenção, ___ / ___ / ___	Assinatura: _____

3 - Divisão de Assistência à Saúde do Estudante - DIASE/COASE/PROPAE:	
() Pelo Indeferimento por motivo: _____	
() Pelo Deferimento : Atesto que o (a) aluno (a) está impedido de acompanhar as atividades letivas, no período de ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___, conservadas as condições de aprendizagem, pelo motivo abaixo indicado:	
1. () Doença	
2. () Gestação a parti do 8º mês	
3. () Após o nascimento	
4. () Outros: _____	
Redenção, ___ / ___ / ___	Assinatura do Responsável: _____

AUTENTICAÇÃO:

() Indefiro

() Defiro

Redenção, __/__/__

Assinatura e Carimbo do Médico Responsável: _____

4 - COORDENADOR DO CURSO:

() Defiro

() Indefiro

Redenção, __/__/__

Assinatura: _____