



REOUERIMENTO DE TRATAMENTO EXCEPCIONAL DE FALTAS

Eu, _____ aluno(a) regularmente matriculado(a) no Curso de _____, semestre letivo _____, CPF: _____, solicito a concessão do benefício do Tratamento Excepcional de Faltas conforme Legislação.

Situação:

- Lei nº 1.044/69 – Incapacidade Física Relativa (Anexar cópia do atestado médico)
- Lei nº 6.202/75 – Estudante em Estado de Gestação (Anexar laudo médico)
- Lei nº 4.375/64 – Militar em Exercício de Manobras (Anexar documento comprobatório)

Relaciono a(s) disciplina(s) que estou cursando neste semestre letivo:

NOME DA DISCIPLINA	TURMA	DEPARTAMENTO	NOME DO DOCENTE	CIÊNCIA DO DOCENTE

DATA SOLICITADA (DETALHAR):

OBS. Após o protocolo do processo (apenas para as situações 1 e 2), o (a) acadêmico (a) deverá comparecer (ou seu representante legal) ao Departamento de Qualidade de Vida (DQV), para agendamento da avaliação médica pericial, singular ou junta. O atestado médico deverá conter o número da **Classificação Internacional de Doenças – CID** para que possa ser avaliado pela Coordenação de Atenção à Saúde – CAS/DQV.

Contatos através do Telefone: (81) 3320-6152 ou e-mail: cas.sugep@ufrpe.br

E-mail: _____

Recife, ____ de _____ de _____

Fone: _____

Assinatura