



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
UNIDADE ACADÊMICA DE BELO JARDIM

REQUERIMENTO DE TRATAMENTO EXCEPCIONAL DE FALTAS

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

Situação:

- Incapacidade Física Relativa (Anexar cópia do atestado médico), conforme Lei nº 1.044/69.
- Anexar Atestado Médico, devidamente assinado e carimbado.
- Estudante em Estado de Gestação, conforme Lei nº 6.202/75.
- Anexar Laudo Médico, devidamente assinado e carimbado.
- Militar das Forças Armadas (Exército, Marinha e Aeronáutica) em Exercício ou Manobras, conforme Lei nº 4.375/64.
- Anexar documento comprobatório, devidamente assinado.

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

NOME DA DISCIPLINA	TURMA	DEPARTAMENTO	NOME DO DOCENTE

PERÍODO SOLICITADO (DETALHAR DATAS): _____

OBS: Para as situações 1 e 2 acima elencadas, o Atestado/Laudo Médico deverá conter o número da **Classificação Internacional de Doenças – CID** para que possa ser avaliado pela Coordenação de Atenção à Saúde – CAS/DQV. Após análise da documentação, o(a) estudante poderá ser convocado(a) a comparecer (ou seu representante legal) ao Departamento de Qualidade de Vida (DQV), para agendamento de avaliação médica pericial, singular ou por junta médica, onde deverá apresentar Atestado/Laudo original, assim como exames comprobatórios, caso sejam solicitados.

Contato para dúvidas sobre situações 1 e 2 através do e-mail: naps.uabj@ufrpe.br

Contato para situação 3 através do e-mail: escolaridade.uabj@ufrpe.br

E-mail para contato: _____

Telefone(s) para contato: _____

Belo Jardim, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Discente