

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA - UNILAB**  
**DIRETORIA DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO - DRCA**  
**FORMULÁRIO DE TRANCAMENTO ESPECIAL POR MOTIVO DE DOENÇA**

<b>IDENTIFICAÇÃO DO (A) ESTUDANTE</b>	
Nome:	Nº Matrícula:
Curso:	
Endereço:	
E-mail:	Fone: (    )
Possui bolsa/auxílio pela Universidade? (    ) sim (    ) não	(    )

<b>1- REQUERIMENTO DE TRANCAMENTO ESPECIAL POR DOENÇA/ DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA:</b>
<p>1. (    ) Doença/ Atestado médico com CID-10 ou o diagnóstico da doença por escrito. (Com quantidade de dias de afastamento)</p> <p>A documentação está: (    ) completa e legível      (    ) com pendências</p> <p>Acarape, ____/____/2017 <span style="float: right;">Assinatura do Requerente: _____</span></p>

<b>2-DIRETORIA DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO- DRCA/UNILAB</b>
<p>Encaminho o (a) estudante ao Núcleo de Assistência à Saúde do Estudante- NUASE/COASE/PROPAE.</p> <p>Acarape, ____/____/2017 <span style="float: right;">Assinatura e Carimbo do Responsável: _____</span></p>

<b>OBSERVAÇÕES:</b>
<p>Acarape, ____/____/2017 <span style="float: right;">Assinatura: _____</span></p>

**3-Núcleo de Assistência à Saúde do Estudante- NUASE/COASE/PROPAE**

(    ) Pelo Indeferimento por motivo:

\_\_\_\_\_

(    ) Pelo Deferimento

Acarape, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Assinatura e Carimbo do Responsável: \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES:**

Acarape, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2017

Assinatura: \_\_\_\_\_

**AUTENTICAÇÃO:**

(    ) Indefiro

(    ) Defiro

Acarape, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2017

Assinatura e Carimbo do Médico Responsável: \_\_\_\_\_

**4-COORDENADOR DO CURSO:**

1. (    ) Defiro

2. (    ) Indefiro

Acarape, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2017

Assinatura: \_\_\_\_\_