

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA - UNILAB**  
**DIRETORIA DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO – DRCA**

Campus dos Palmares, Bloco II, 2º andar, sala 202, Rodovia CE 060 – Km 51, CEP: 62785-000 – Acarape – CE – Brasil.  
Telefone: +55 (85) 3332.6282, e-mail: [drca@unilab.edu.br](mailto:drca@unilab.edu.br)

**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, ___/___/_____ Assinatura do Requerente: _____</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, ___/___/_____ Assinatura e Carimbo do Responsável: _____</p>

<b>OBSERVAÇÕES:</b>
<p>Acarape, ___/___/_____ Assinatura: _____</p>

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

( ) Pelo Indeferimento por motivo:

\_\_\_\_\_

( ) Pelo Deferimento

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

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

**OBSERVAÇÕES:**

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

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

**AUTENTICAÇÃO:**

( ) Indefiro

( ) Defiro

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

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

**4-COORDENADOR DO CURSO:**

1. ( ) Defiro

2. ( ) Indefiro

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

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

**OBSERVAÇÕES:**

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

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