



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) 3332.6118, e-mail: drca@unilab.edu.br

FORMULÁRIO DE TRANCAMENTO ESPECIAL POR MOTIVO DE DOENÇA

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

1- REQUERIMENTO DE TRANCAMENTO ESPECIAL POR DOENÇA/ DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA:

1. () Doença/ Atestado médico com CID-10 ou o diagnóstico da doença por escrito.
 (Com quantidade de dias de afastamento)

A documentação está: () completa e legível () com pendências

Acarape, ___/___/___

Assinatura do Requerente: _____

2-DIRETORIA DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO- DRCA/UNILAB

Encaminho o (a) estudante ao Núcleo de Assistência à Saúde do Estudante- NUASE/COASE/PROPAE.

Acarape, ___/___/___

Assinatura e Carimbo do Responsável: _____

OBSERVAÇÕES:

Acarape, ___/___/___

Assinatura: _____

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: _____