



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

Campus da Liberdade, Avenida da Abolição, nº3 – Centro, CEP: 62790-000 – Redenção – CE – Brasil.  
Telefone: +55 (85) 3332.6118, e-mail: [drca@unilab.edu.br](mailto:drca@unilab.edu.br)

**FORMULÁRIO DE REGIME ESPECIAL/PRORROGAÇÃO DE REGIME ESPECIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO (A) ESTUDANTE**

Nome:	Nº Matrícula:
Curso:	
Endereço:	
E-mail:	Fone: ( )
Possui bolsa de pós-graduação? ( ) sim ( ) não Se sim, qual órgão de fomento? ( ) CAPES ( ) FUNCAP ( ) UNILAB	

**1-REQUERIMENTO DE REGIME ESPECIAL POR MOTIVO/ DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA:**

- ( ) Doença/ Atestado médico com CID-10 ou o diagnóstico da doença por escrito. (Com quantidade de dias de afastamento)
- ( ) Gestação a partir do 8º mês/ Cartão de pré-natal, frente e verso.
- ( ) Após o nascimento/ Certidão de nascimento do filho ou declaração de nascido vivo.
- ( ) Prorrogação do Regime Especial mediante atestado médico (LEI nº 6.202, de 17 de abril de 1975).
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

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

Redenção, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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.

Redenção, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

**OBSERVAÇÕES:**

Redenção, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

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

(  ) Pelo Indeferimento por motivo:

(  ) Pelo Deferimento : Atesto que o (a) aluno (a) está impedido de acompanhar as atividades letivas, no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, conservadas as condições de aprendizagem, pelo motivo abaixo indicado:

1. (  ) Doença
2. (  ) Gestação a parti do 8º mês
3. (  ) Após o nascimento
4. (  ) Outros: \_\_\_\_\_

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

Redenção, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

**OBSERVAÇÕES:**

Redenção, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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