

**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:
<div style="margin-left: 40px;"><div>1. (   ) Doença/ Atestado médico com CID-10 ou o diagnóstico da doença por escrito. (Com quantidade de dias de afastamento)</div><div>2. (   ) Gestação a partir do 8º mês/ Cartão de pré-natal, frente e verso.</div><div>3. (   ) Após o nascimento/ Certidão de nascimento do filho ou declaração de nascido vivo.</div><div>4. (   ) Prorrogação do Regime Especial mediante atestado médico (LEI nº 6.202, de 17 de abril de 1975).</div><div>5. (   ) Outros: _____</div></div> <div style="margin-top: 20px;">A documentação está: (   ) completa e legível      (   ) com pendências</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"><div>Redenção, ____/____/____</div><div>Assinatura do Requerente: _____</div></div>

2-DIRETORIA DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO- DRCA/UNILAB:
<div>Encaminho o (a) estudante ao Núcleo de Assistência à Saúde do Estudante- NUASE/COASE/PROPAE.</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"><div>Redenção, ____/____/____</div><div>Assinatura e Carimbo do Responsável: _____</div></div>

OBSERVAÇÕES:
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"><div>Redenção, ____/____/____</div><div>Assinatura: _____</div></div>

**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: \_\_\_\_\_