

**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 REGIME ESPECIAL/PRORROGAÇÃO DE REGIME ESPECIAL**

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

**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 parti 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

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 : 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

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

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

**OBSERVAÇÕES:**

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

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