

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:
<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>

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

OBSERVAÇÕES:
<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: _____