** UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO**

**PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO**

**REQUERIMENTO DE TRATAMENTO EXCEPCIONAL DE FALTAS**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_aluno(a) regularmente matriculado(a) no Curso de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, semestre letivo \_\_\_\_\_\_\_\_ , CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito a concessão do benefício do Tratamento Excepcional de Faltas conforme Legislação.

Situação:

1. ( ) Lei nº 1.044/69 – Incapacidade Física Relativa (Anexar cópia do atestado médico)
2. ( ) Lei nº 6.202/75 – Estudante em Estado de Gestação (Anexar laudo médico)
3. ( ) Lei nº 4.375/64 – Militar em Exercício de Manobras (Anexar documento comprobatório)

Relaciono a(s) disciplina(s) que estou cursando neste semestre letivo:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME DA DISCIPLINA** | **TURMA** | **DEPARTAMENTO** | **NOME DO DOCENTE** | **CIÊNCIA DO DOCENTE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DATA SOLICITADA (DETALHAR):** |

OBS. Após o protocolo do processo (apenas para as situações 1 e 2), o (a) acadêmico (a) deverá comparecer (ou seu representante legal) ao Departamento de Qualidade de Vida (DQV), para agendamento da avaliação médica pericial, singular ou junta. O atestado médico deverá conter o número da **Classificação Internacional de Doenças – CID** para que possa ser avaliado pela Coordenação de Atenção à Saúde – CAS/DQV.

Contatos através do Telefone: (81) 3320-6152 ou e-mail: [cas.sugep@ufrpe.br](mailto:cas.sugep@ufrpe.br)

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura