



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
Universidade Federal da Fronteira Sul

REQUERIMENTO

1 - Identificação do Discente:

Nome Social:			
Nome Civil:			
CPF:		Matrícula:	
Curso:			
Turno:		Nível:	() Graduação () Pós-Graduação
Campus:			

2 - Dados do(a) representante do(a) interessado(a), se for o caso:

Nome: _____ CPF: _____

Obs.: O(A) representante do(a) interessado(a) precisa anexar cópia do documento de identificação com foto.

3 - Requerimento:

Venho requerer junto à Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) a concessão de:

() Tratamento Especial em Regime Domiciliar, com base no Decreto-Lei nº 1.044, de 21 de outubro de 1969 (Estudante portador de afecções congênicas ou adquiridas).

() Tratamento Especial em Regime Domiciliar, com base no Lei Federal nº 6.202, de 17 de abril de 1975 (Gestante).

() Afastamento, conforme Artº 76 da Resolução 18/2016-CPPGEC (somente para Pós-Graduação *Stricto Sensu*).

4 - Para embasar o pedido anexo:

() Laudo/Atestado médico (**obrigatório**).

() Outros documentos comprobatórios.

5 - Informações complementares:

Teve outras concessões de regime domiciliar nos últimos 12 meses:

() Não

() Sim, de ____/____/____ até ____/____/____

Motivo da concessão:

() Sim, de ____/____/____ até ____/____/____

Motivo da concessão:



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
Universidade Federal da Fronteira Sul

() Sim, de ____/____/____ até ____/____/____

Motivo da concessão:

_____, ____/____/20____.
Local Data

Assinatura

6 - Informações do Atestado/Laudo Médico:

Conferência Secretaria	Informação Obrigatória	Informação
()	Sim	Identificação do(a) aluno(a).
()	Sim	Assinatura e carimbo do médico com identificação do número de inscrição do profissional junto ao conselho pertinente.
()	Sim	Local e data de expedição do documento.
()	Sim	Período de afastamento necessário com a data de início e término.
()	Sim	Diagnóstico <u>e/ou</u> Código Internacional de Doenças (CID).
()	Sim	Atende ao prazo de 05 dias úteis da data do início do afastamento.
()	Não	Descrição do motivo que impede o(a) aluno(a) de frequentar as aulas e a confirmação de que o(a) aluno(a) possui ou não possui condições intelectuais e emocionais necessárias para o prosseguimento da atividade escolar em novos moldes.
()	Sim, <u>se for o caso.</u>	Data provável do parto.