**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AGRESTE DE PERNAMBUCO**

AV. BOM PASTOR, S/N, BAIRRO BOA VISTA CEP 55.296-901 GARANHUNS, PE

E-MAIL: DRCA@UFAPE.EDU.BR

**REQUERIMENTO DE TRATAMENTO EXCEPCIONAL DE FALTAS**

À COORDENAÇÃO DO CURSO DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DA UFAPE,

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº de CPF \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_, aluno(a) regularmente matriculado(a) no curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no semestre letivo \_\_\_\_\_\_\_\_, solicito a concessão do benefício de Tratamento Excepcional de Faltas de acordo com a legislação:

1. ( ) Lei nº 13.796/19 – Motivação religiosa (anexar declaração do líder religioso da igreja que frequenta atestando que é integrante daquela religião e enumerando os dias que deve guardar);
2. ( ) Lei nº 1.044/69 – Incapacidade Física (anexar atestado médico devidamente assinado e carimbado);
3. ( ) Lei nº 6.202/75 – Estudante em Estado de Gestação (anexar laudo médico devidamente assinado e carimbado);
4. ( ) Lei nº 549/69 – Militar por Força no Exército de Manobras (anexar documentação comprobatória);

Para tanto, relaciono a(s) disciplina(s) que estou cursando neste semestre letivo:

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DA DISCIPLINA** | **NOME DO PROFESSOR RESPONSÁVEL PELA DISCIPLINA** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **PERÍODO SOLICITADO (DETALHAR DATAS):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |

OBS1:Para as situações 2 e 3 acima elencadas, o Atestado/Laudo Médico deverá conter o número da Classificação Internacional de Doenças – CID para que possa ser avaliado pelo Departamento de Qualidade de Vida (DQV) da UFAPE. Após análise da documentação, o(a) estudante poderá ser convocado(a) a comparecer (ou seu representante legal) ao DQV/UFAPE, para agendamento de avaliação médica pericial, singular ou por junta médica, onde deverá apresentar Atestado/Laudo original, assim como exames comprobatórios, caso sejam solicitados.

OBS2: Este tratamento justifica faltas, o abono só ocorre para Militar em Exercício de Manobras.

Garanhuns,\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do requerente

**Contatos:**  
Telefone fixo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anexar: Documentação comprobatória descrita acima.**