



ATENDIMENTO EXCEPCIONAL

Dados do acadêmico

Nome: _____ RGM: _____

Dados do curso

Curso: _____

Habilitação: _____ Turno: _____

Unidade: _____ Ano: _____

Solicitação:

Atendimento excepcional conforme especificações abaixo:

Número de dias: _____ Início em: _____ / _____ / _____

Atividades domiciliares – Gestante (atestado médico) – Lei nº 6.202/75.

Atividades Domiciliares (atestado médico) – Decreto-Lei nº 1.044/69.

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura do requerente (por escrito ou digital).

Coordenação do curso:

Atendimento excepcional concedido.

Atendimento excepcional não concedido.

Motivo: _____

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura do coordenador (por escrito ou digital).

Registrado pela secretaria acadêmica e comunicado aos professores em:

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura do servidor responsável (por escrito ou digital).

Observações:

Documento arquivado na secretaria acadêmica.