

Nome:	
Matricula GRR	Telefone:
E-mail:	
Curso de Ciências Biológicas	( ) A – Licenciatura
( ) 31 – Diurno	( ) B – Bacharelado
( ) 45 – Noturno	( ) C – Licenciatura e Bacharelado

**PROCESSO:**

**REQUERIMENTO DE TRATAMENTO EXCEPCIONAL EM REGIME DE TRABALHOS DOMICIARES**

Conforme Arts. 84 e 85 da Resolução 37/97-CEPE, Lei nº 6202/75 e Decreto-Lei nº 1044/69

Código	Turma	Nome da disciplina
Professor coordenador da disciplina:		

<b>Motivo:</b>
( ) Licença para Tratamento de Saúde
( ) Licença Gestante (3 meses a partir do nascimento ou de acordo com atestado médico)
<b>Período da licença:</b>
De     /     /     até     /     /
<b>Documentos comprobatórios anexados:</b>
( ) Certidão de Nascimento
( ) Atestado Médico com CID

<b>Estou ciente de que:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ O prazo para solicitação do tratamento excepcional é de 5 dias úteis contados do início do impedimento.</li> <li>✓ O aluno ou seu representante deverá contatar os professores das disciplinas para verificar as atividades a serem desenvolvidas;</li> <li>✓ Nas disciplinas cuja natureza seja incompatível com os exercícios domiciliares, o aluno terá direito a remoção da matrícula na disciplina, mediante aprovação do Colegiado do Curso.</li> </ul>

Assinatura do Requerente:	Data:
---------------------------	-------

**DESPACHO DA COORDENAÇÃO DO CURSO**

Segue processo para análise e devidas providências com base nos artigos 84 e 85 da Resolução 37/97-CEPE.	Data     /     / Assinatura:
--	---------------------------------

**PARECER DOS PROFESSORES DA DISCIPLINA**

( ) Deferido. As atividades serão enviadas através de e-mail para o requerente.
( ) Indeferido conforme justificativa anexa. Sugiro a remoção da matrícula na disciplina, de acordo com Art. 85, paragrafo 3º da Resolução 37/97/CEPE.

Assinatura do Coordenador da Disciplina	Assinatura/Carimbo _ Chefe do Departamento	Data:
---	--	-------