



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
Centro de Ciências Agrárias e da Biodiversidade
Medicina Veterinária

UFCA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CARIRI

SOLICITAÇÃO DE REGIME ESPECIAL

Nº DE MATRÍCULA	PERÍODO LETIVO	CURSO
NOME COMPLETO		
TELEFONE	E-MAIL	

DIVISÃO MÉDICA E ODONTOLÓGICA

Atesto que o(a) aluno(a) está impedido(a) de acompanhar as atividades letivas, no período de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____, conservadas as condições de aprendizagem, pelo motivo abaixo indicado:

DOENÇA	GESTAÇÃO
AUTENTICAÇÃO	
DATA ____ / ____ / ____	_____ Diretor(a) / DMO

COORDENAÇÃO DO CURSO

DEFIRO	INDEFIRO
AUTENTICAÇÃO	
DATA ____ / ____ / ____	_____ Assinatura do Coordenador(a)

Data de entrega ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO DISCENTE

ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)