

## SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO EXCEPCIONAL

Nome: \_\_\_\_\_ RGM: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_

Ano Letivo: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

### Solicitação:

Atendimento Excepcional conforme especificação abaixo por \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) dias, contados a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, de acordo com comprovante anexo.

Atividades Domiciliares - Gestante (atestado médico) – Lei n.º 6.202/75.

Atividades Domiciliares (atestado médico) – Decreto-Lei n.º 1.044/69.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) aluno(a)

### Coordenador do Curso:

Atendimento excepcional não concedida por \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Atendimento excepcional concedida por estar em conformidade com as legislações acadêmicas vigentes.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura sob carimbo

### Secretaria Acadêmica:

Comunicado aos professores em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura sob carimbo

### Registrado SAU:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura sob carimbo