



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELotas  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS  
COORDENAÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA  
SEÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

À  
FACULDADE/CURSO DE: \_\_\_\_\_  
SENHOR DIRETOR:

Eu, \_\_\_\_\_

aluno(a) regularmente matriculado(a) nesta Faculdade/Curso sob nº. \_\_\_\_\_  
solicito o regime de exercícios domiciliares, na forma da lei.

As disciplinas/atividades solicitadas em regime especial são as seguintes:

- a. \_\_\_\_\_ turma \_\_\_\_\_ Prof. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_ turma \_\_\_\_\_ Prof. \_\_\_\_\_  
c. \_\_\_\_\_ turma \_\_\_\_\_ Prof. \_\_\_\_\_  
d. \_\_\_\_\_ turma \_\_\_\_\_ Prof. \_\_\_\_\_  
e. \_\_\_\_\_ turma \_\_\_\_\_ Prof. \_\_\_\_\_  
f. \_\_\_\_\_ turma \_\_\_\_\_ Prof. \_\_\_\_\_  
g. \_\_\_\_\_ turma \_\_\_\_\_ Prof. \_\_\_\_\_  
h. \_\_\_\_\_ turma \_\_\_\_\_ Prof. \_\_\_\_\_

Pelotas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
assinatura do aluno(a)

Informações do(a) aluno(a):

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Orientamos a ficar atento ao seu e-mail, pois os contatos, da Seção de Perícia Médica, necessários serão feitos por este meio.**

**ESPAÇO RESERVADO PARA PERÍCIA MÉDICA DA UFPEL**

O requerente está amparado em lei, por motivo de saúde, devendo realizar provas ou trabalhos que ocorreram no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ em data a ser marcada pelos responsáveis.