



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Coordenação dos Cursos de Terapia Ocupacional



## REQUERIMENTO DE REGIME ESPECIAL DE EXERCÍCIO DOMICILIAR

### DADOS DO INTERESSADO

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Nome:                         |  |
| Matrícula:                    | Telefone:<br>( ) _____ - _____   |
| E-mail:                       |  |
| Curso:<br>Terapia Ocupacional | Código do Curso:<br><input type="checkbox"/> 30A – Diurno / <input type="checkbox"/> 81A – Noturno |

### DADOS DO REPRESENTANTE, SE HOUVER

|                            |                                |
|----------------------------|--------------------------------|
| Nome:                      |                                |
| CPF:                       | Telefone:<br>( ) _____ - _____ |
| E-mail:                    |                                |
| Vínculo com o interessado: |                                |

### REQUERIMENTO

Eu ou meu representante legal, venho solicitar o **REGIME ESPECIAL DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES**, pelo período abaixo indicado, conforme o artigo 85 da resolução nº 37/97 – CEPE/UFPR.

Solicito do(s) Professor(es) Responsável(is) pela(s) disciplina(s) que estou matriculada, encaminhar o material da disciplina enquanto estiver ausente do curso.

| PERÍODO  |   |   |
|--|---|---|
|  | 1ª Solicitação  | Prorrogação   |
| Gestantes (Lei nº 6202/75)                       | <input type="checkbox"/> 90 dias                            | <input type="checkbox"/> Prazo informado no atestado médico |
| Estudantes amparados pelo Decreto-Lei nº 1044/69 | <input type="checkbox"/> Prazo informado no atestado médico | <input type="checkbox"/> Prazo informado no atestado médico |

Em anexo comprovante de matrícula e documentos comprobatórios.

Assinatura interessado \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ou representante