|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SOLICITAÇÃO PARA TRATAMENTO EM REGIME DOMICILIAR | | | | | |
| INSTRUÇÕES: Preencha corretamente todos os dados abaixo, gere um pdf desse documento, realize a assinatura digital e envie para o e-mail [sig.cts.ara@contato.ufsc.br](mailto:sig.cts.ara@contato.ufsc.br) com o assunto *[Solicitação]Tratamento em Regime Domiciliar– Seu nome completo* anexando ao e-mail o documento comprobatório. | | | | | |
| DADOS DO SOLICITANTE | | | | | |
| NOME | Insira seu nome completo aqui | | | | |
| MATRÍCULA | Somente números | | **CPF** | | Somente números |
| CURSO | Escolha um item | | **TELEFONE** | | (00) 00000-0000 |
| E-MAIL | Cuidar pasta de SPAM | | | | |
| JUSTIFICATIVA DO PEDIDO | | | | | |
| Conforme os artigos 75 a 77 da resolução nº 14/Cun/97 e Decreto-lei nº 1044/69, requeiro tratamento em regime domiciliar como compensação de ausência às aulas pelo seguinte motivo:  Insira seu motivo aqui | | | | | |
| Início do tratamento especial:  Clique aqui para inserir uma data. | | **Término do tratamento especial:**  Clique aqui para inserir uma data. | | **Período de dias afastados:**  Clique aqui para inserir uma data. | |
| EM ANEXO, ENCAMINHO: | | | | | |
| LAUDO MÉDICO COMPROVANDO E INDICANDO A NECESSIDADE DO TRATAMENTO ESPECIAL; | | | | | |
| HISTÓRICO ESCOLAR E ATESTADO DE MATRÍCULA FORNECIDO PELA SECRETARIA. | | | | | |

Mais informações: [souufsc.ararangua.ufsc.br/ tratamento-em-regime-domiciliar/](https://souufsc.ararangua.ufsc.br/tratamento-em-regime-domiciliar/)

* Não esquecer de anexar no e-mail o documento comprobatório de quitação;
* O preenchimento de todas as informações é obrigatório;
* Ajuda para a assinatura: <https://e.ufsc.br/ajuda/como-assinar-um-documento-pdf-digitalmente-usando-o-siscd-online/>

Selecione a data aqui

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Assinatura do(a) aluno(a) requerente |  | Data |