



## REQUERIMENTO

ALUNO: Veriane Andrade da Silva

CÓDIGO (CRACHÁ): \_\_\_\_\_

RG: 001351827 SSP/MS CPF: 044422931-80

TELEFONE: 9240 2833 CELULAR: 9133 6472 recado

E-MAIL: VIVI.ANDRADE.A5@FMAIL.COM

CURSO: Tecnológico de Sistemas Para Internet - Noturno

VISTO DO ALUNO:

Liane Andrade da Silva

### REQUER:

01	2ª chamada de avaliações	08	Desistência de curso	15	Mudança de Turno
02	2ª via de crachá	09	Exercício domiciliar	16	Mudança de Curso
03	Cancelamento de unidade curricular	10	Enriquecimento curricular	17	Reintegração de curso
04	Certificado de conclusão de curso	11	Exame de suficiência	18	Revisão de avaliação
05	Certificado de conclusão de módulo	12	Histórico escolar	19	Trancamento de matrícula
06	Convalidação de unidades curriculares	13	Matrícula em unidade curricular	20	Transferência
07	Declaração	14	Mudança de turma	<input checked="" type="checkbox"/>	Outros:

Detalhamento do pedido com justificativa (se necessário, utilizar o verso):

Solicito a revisão dos pontos na disciplina de Comunicação Linguística - Prof. Renan. Por meio da análise do atestado anexado. Por estar disciplinarmente punido ter 15 pontos, e obter durante o semestre a soma de 17 pontos. Desta forma, o último dia que falti foi dia 30/11/16, e para participar os pontos estão sendo tendo um atestado médico deste dia, pois estou em tratamento com  
Obs.: Anexar documentação comprobatória da solicitação.

☐

DEFERIDO

☐

DEFERIDO PARCIALMENTE

☐

INDEFERIDO

ATESTADO

O(a) Sr.(a) Viviane Andrade de Figue

COMPARECEU A ESTA CLÍNICA PARA:

☒ Consulta ☐ Acompanhar familiar ☐ Retorno

DEVENDO:

- ☐ Retornar ao trabalho
- ☒ Ser dispensado(a) das atividades escolares no período \_\_\_\_\_
- ☐ Ser dispensado(a) do trabalho no período \_\_\_\_\_
- ☐ Ser dispensado(a) do trabalho no dia de hoje
- ☒ Ser dispensado(a) do trabalho de 30 / 11 / 11 a - / - / -
- ☐ Ser encaminhado(a) ao seguro, por ser acidente de trabalho
- ☐ Ser dispensado(a) das atividades físicas no período \_\_\_\_\_

CID: F33.2

Data 15 / 12 / 11  
José Carlos Rosa Pires de Souza  
Médico Psiquiatra  
CRM-MS 2671

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) médico(a)

**CASO NÃO PUDEIR VIR À CONSULTA, FAVOR NOS AVISAR**

Rua Theotônio Rosa Pires, 88 - Vila Rosa Pires - CEP 79004-340 - Campo Grande - Mato Grosso do Sul  
Consultório: Fone/Fax: (67) 3325-0990 - Celular: 9981-6271 - Home: [www.ucdb.br/docentes/josecarlos](http://www.ucdb.br/docentes/josecarlos)  
E-mail: [josecarlossouza@uol.com.br](mailto:josecarlossouza@uol.com.br)