



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL  
DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

**LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE OU LICENÇA À GESTANTE/ADOTANTE/MATERNIDADE**

Senhor/a Diretor/a,

O/A aluno/a abaixo assinado e qualificado/a vem com o presente requerer a V.S.<sup>a</sup> LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE OU LICENÇA À GESTANTE/ADOTANTE/MATERNIDADE.

OBSERVAÇÕES:

- Preenchimento em letras de forma;
- Anexar cópia do RG do interessado;
- Anexar documento(s) referente ao motivo do requerimento: a) Atestado médico original, com indicação do início e do término do tempo de afastamento necessário e indicação do CID (opcional), com prazo máximo de expedição de 10 dias para os casos de afecções, infecções, traumatismo ou gravidez ou maternidade; b) Certidão de nascimento (cópia autenticada) para o caso de maternidade; c) Decisão judicial (cópia autenticada) para o caso de adoção;
- Abrir processo administrativo no PROTOCOLO GERAL, localizado na Reitoria da UFAL ou protocolo UFAL do seu respectivo Campus > Consulta pública do processo administrativo através do site: <http://sipac.sig.ufal.br/sipac/>
- Informações através do telefone (82) 3214-1088 e no e-mail: [matricula@drca.ufal.br](mailto:matricula@drca.ufal.br)

DADOS DO ALUNO		
NOME:	RG:	
	CPF:	
CURSO:	DATA DE NASCIMENTO:	
CAMPUS:	MATRÍCULA:	
E-MAIL:	TELEFONE(S):	
<b>MOTIVO DO REQUERIMENTO:</b> ( ) Licença ou ( ) Trancamento do(s) semestre(s) letivo(s) _____		
1. ( ) Afecções, Infecções, Traumatismo (ANEXAR: Atestado médico)		
2. ( ) Adoção (ANEXAR: Decisão Judicial)		
3. ( ) Gravidez - Pré parto a partir da 36ª semana gestacional (ANEXAR: Atestado Médico e Ultrassonografia)*		
4. ( ) Maternidade - Pós parto (ANEXAR: Atestado Médico e Certidão de Nascimento)*		
* (Licença de 90 dias)		
Assinatura Aluno/a		DATA:
ENCAMINHAMENTO – DRCA/CRCA		
Encaminhamos para análise da Perícia Oficial, o/s documento/s anexo/s que busca/m fundamentar o pleito de licença.		
Assinatura do Servidor/a		DATA:
AVALIAÇÃO DA PERÍCIA OFICIAL (apenas para Afecções e Gravidez)		
( ) DEFERIDA: Licença médica para o período: Início: ___/___/___ Término: ___/___/___ (_____ dias)		
RECOMENDA-SE		
( ) Concessão do Regime de Exercícios Domiciliares, nos termos do Decreto-Lei nº 1.044/1969, Lei nº 6.202/1975 e do Regimento Geral da UFAL, Art. 57 no período da licença.		
( ) Afastamento com suspensão temporária de todas atividades pedagógicas no período da licença.		
( ) INDEFERIDA. Motivo: _____		
Assinatura do/a Médico/a Perito/a		DATA:
CADASTRO NO SISTEMA ACADÊMICO - DRCA/CRCA		
Assinatura do Servidor/a		DATA:
CIÊNCIA DA COORDENAÇÃO		
A Coordenação do curso atesta estar ciente do parecer da Perícia Oficial ou Licença Maternidade/Adotante aprovando:		
( ) Trancamento do Curso no(s) semestre(s) letivo(s) _____		
( ) Concessão do Regime de Exercícios Domiciliares para todas as disciplinas matriculadas.		
( ) Concessão do Regime de Exercícios Domiciliares parcial para as disciplinas matriculadas, excetuando a(s) disciplina(s) discriminadas no verso a(s) qual(ais) deverá(ão) ser trancada(s). Motivo discriminado no verso.		
Assinatura do Coordenador/a		DATA:



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL  
DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

Fluxograma do Processo

