

**REQUERIMENTO**

REQUERIMENTO N°: \_\_\_\_\_

Nome:	CPF:
Curso:	Ingresso:
Requerimento: EXERCÍCIOS DOMICILIARES	
Motivo da Solicitação: <input type="checkbox"/> Problemas de saúde (Decreto-lei 1.044 de 21/10/1969) <input type="checkbox"/> Gravidez de risco (Lei 6.202 de 17/04/1975)	
Justificativa: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Documento em anexo: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Macapá, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Aluno(a) ou Requerente  
 (para uso do setor de destino do requerimento)

**PARECER**

DEFERIDO  INDEFERIDO

Justificativa:

---

---

---

---

---

---

---

---

Macapá, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Carimbo/Assinatura: