**REQUERIMENTO DE REGIME DOMICILIAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS PESSOAIS DO(A) ESTUDANTE** | |
| **Nome Completo:** | **Matrícula:** |
| **Curso:** Bacharelado em Enfermagem | **Período Letivo:** 2025/1 |
| **E-mail institucional:** | **Telefone:** |

|  |
| --- |
| **DADOS DO PEDIDO DE REGIME DOMICILIAR** |
| **Motivo do pedido** (assinale a opção correspondente e anexe os documentos comprobatórios)**:**  ( ) Tratamento de saúde (Atestado Médico com CID, tempo de afastamento e laudo médico detalhado)  ( ) Licença maternidade (Atestado Médico com datas de início e fim do afastamento)  ( ) Serviço militar obrigatório (Documento de convocação ou declaração do Comando Militar com início e fim do afastamento) |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES ADICIONAIS** |
| - Estou ciente de que o prazo de afastamento deve ser entre 15 e 90 dias, conforme o Art. 45 da Resolução nº 001/2024-CONEPE.  - A solicitação deve ser feita no prazo de até 10 dias após a emissão do atestado.  - Atividades como estágios obrigatórios, aulas práticas e de campo não serão contempladas pelo regime domiciliar.  - Caso ultrapasse o limite de 90 dias consecutivos e/ou intercalados no período letivo, compreendo que será enquadrado como trancamento compulsório.  - A realização das atividades e avaliações das disciplinas permanece obrigatória conforme plano de estudo. |

|  |
| --- |
| Tangará da Serra/MT, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do(a) Estudante |