

## Requerimento de Regime Extraordinário – Semestre 2022.1

Nome do solicitante: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, de matrícula nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, autorizo, para fins de enquadramento no regime extraordinário, que a Universidade Federal do Ceará disponha das informações médicas contidas nos documentos médicos por mim fornecidos, em conformidade com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018.

Ratifico serem verdadeiras as informações prestadas, estando ciente de que a informação falsa incorrerá nas penas do crime do artigo 299 do Código Penal (falsidade ideológica), e que a prestação de informação falsa, apurada em procedimento que assegure o contraditório e a ampla defesa, ensejará o cancelamento de meu enquadramento no regime extraordinário ora pleiteado, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

Nome do médico emissor do atestado/relatório: \_\_\_\_\_

CRM (válido em todo o território nacional): \_\_\_\_\_

Nome da patologia/CID: \_\_\_\_\_

Data de emissão do atestado/relatório médico (emitido a partir de 17/9/2021): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

---

Assinatura do aluno (ou assinatura digital\*)

\* Para obter informações sobre como cadastrar a assinatura digital no Portal da Assinatura Eletrônica, acesse o site <https://www.gov.br/governodigital/pt-br/assinatura-eletronica>. Não serão aceitas assinaturas digitalizadas.