



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE QUÍMICA DE SÃO CARLOS  
SERVIÇO DE GRADUAÇÃO

**REGIME DE RECUPERAÇÃO DO APRENDIZADO (RRA)  
REGIME DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES (RED)**

Em cumprimento às normas contidas nas Circulares USP SG-SC-108/86, 30/88 e 113/88 e deliberação CG, devido a:

- Comprometimento de saúde**  **Gestação**

Eu, \_\_\_\_\_ aluno(a) do curso de \_\_\_\_\_, nº USP \_\_\_\_\_, tendo em vista meu estado de saúde comprovado no atestado médico em anexo, solicito a competente autorização para realizar:

**Regime de Recuperação do Aprendizado** - *realizado posteriormente ao período de impedimento, a critério do docente de acordo com o DECRETO-LEI Nº 1.044, DE 21 DE OUTUBRO DE 1969.*

**Regime de Exercícios Domiciliares** - *Somente para disciplinas teórico-expositivas, de acordo com decisão da CG / 90 dias para a estudante gestante em condições normais.*

**Correspondente ao período de** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **a** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **[ \_\_\_\_ ] dia(s).**

O PRAZO MÁXIMO DE **CINCO DIAS ÚTEIS** (contados a partir do início do comprometimento de saúde) PARA COMUNICAÇÃO DA OCORRÊNCIA:

- foi cumprido  
 não foi cumprido, portanto será apreciado pela CG/CoC. Justificativa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DISCIPLINAS comprometidas pela ausência**

**DOCENTES**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***Declaro que estou ciente de que deverei entrar em contato com os docentes responsáveis pelas disciplinas relacionadas acima, para entendimentos quanto ao regime em questão, salvo decisão contrária, da qual eu serei informado(a) o mais brevemente possível.***

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) aluno(a) ou do Representante



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE QUÍMICA DE SÃO CARLOS  
SERVIÇO DE GRADUAÇÃO

**SOLICITAÇÃO DE EMISSÃO DE LAUDO MÉDICO**

Eu, \_\_\_\_\_, no USP \_\_\_\_\_,  
tendo faltado às aulas no período de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ venho solicitar  
emissão de laudo médico.

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do(a) aluno(a) ou do Representante

Recebido na **UBAS** por \_\_\_\_\_, em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**LAUDO MÉDICO**

O(a) aluno(a) em questão, foi por mim examinado(a), tendo sido constatada:

- em exame físico  
 em atestado(s) médico anexo(s) (CID: \_\_\_\_\_)

a impossibilidade de acompanhar as atividades escolares no período de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Médico da UBAS

**ENCAMINHE-SE AOS DOCENTES RESPONSÁVEIS PELAS DISCIPLINAS MENCIONADAS**

*Cópia deste requerimento, para conhecimento e entendimentos diretamente com o(a) aluno(a), já orientado(a) a estabelecer tal contato. As dúvidas poderão ser esclarecidas junto ao Serviço de Graduação do IQSC.*

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Presidente CG / Coordenador da CoC

Processado:

Aluno(a): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Retorno: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Docentes: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_