



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Venho por meio deste requerer licença médica, na forma da lei (Decreto Lei 1.044/69, Resolução CEPE/UFES 11/2010, Portaria Normativa 53/2019 - PRPPG), conforme informações constantes abaixo:

1. Dados do Estudante

Nome completo:

Matrícula:

CPF:

2. Dados para contato

Endereço completo:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone residencial: ()

Celular : ()

E-mail:

3. Requerimento

Descrição detalhada da solicitação

4. Documento (s)

Encaminho em anexo o(s) documento(s):

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de _____

. (Local e data)

(Assinatura)

