



### AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE

Eu, \_\_\_\_\_ (Nome completo do aluno), aluno regularmente matriculado no Curso de Graduação \_\_\_\_\_ (Nome do Curso de Graduação do aluno), sob o número de matrícula \_\_\_\_\_ (Número de matrícula do aluno), CPF nº \_\_\_\_\_ (CPF do aluno), declaro para fins específicos de atendimento aos Normativos Excepcionais atuais vigentes na Universidade Federal do Ceará, que não tive acesso ao Serviço Médico de Saúde e, portanto, não possuo atestado médico que comprove minha patologia atual. Declaro, ainda, que estou apresentando os seguintes sintomas (sintomas de saúde que o aluno esteja apresentando, importante informar a data de início dos sintomas):

---

---

---

---

Estou ciente de que devo procurar atendimento médico específico caso os sintomas se agravem. Declaro que estou ciente de que a prestação de informação falsa me torna sujeito às sanções penais e administrativas previstas em Lei.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

---

Assinatura do Aluno conforme sua Identidade