

## 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 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 (descrever os sintomas 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 2022.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do aluno conforme sua Identidade