**ENCAMINHAMENTO DE ATESTADO MÉDICO**

|  |
| --- |
| **I – DADOS PESSOAIS** |
| **Nome completo:** |
| **CPF:** | **RA:** |
| **Orientador(a):** | **Ano de ingresso no PPGHP:** |

|  |
| --- |
| **II – AFASTAMENTO** |
| **Dias em que se ausentou das aulas e atividades do PPGHP:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| **Disciplina(s) perdida(s):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| **Outras considerações:** |

|  |
| --- |
| **Data: / /**  |
| **Assinatura do(a) orientador(a)**  | **Assinatura do(a) aluno(a)** |

Anexar a este requerimento, obrigatoriamente, o Atestado Médico com assinatura e carimbo do(a) médico(a).

|  |
| --- |
| ***Para uso da Coordenação:*** |
| **Aprovado ( ) Não aprovado ( )** | **Apreciado/referendado em** **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** |