**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**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_** |