



DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

ANO

REQUERIMENTO DE INSPEÇÃO MÉDICA

SEM. LETIVO

O(A) ALUNO(A) ABAIXO IDENTIFICADO REQUER AVALIAÇÃO MÉDICA:

NOME:				Nº DE REGISTRO	
CURSO			UNIDADE		
ENDEREÇO				Nº:	APT.
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:	TELEFONE:	
/ / DATA			ASSINATURA DO REQUERENTE		

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO

ENCAMINHADO AO SERVIÇO DE ATENÇÃO A SAÚDE DO TRABALHADOR - SAST, PARA AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

REGIME ESPECIAL, NOS TERMOS DA RESOL. COMPL. 01/90 - CEPE (ITEM 106 DO ANEXO)

TRANCAMENTO PARCIAL

TRANCAMENTO TOTAL

/ /
DATA

CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO

RESERVADO AO SAST

O(A) ALUNO(A) APRESENTA UM QUADRO CLÍNICO COMPATÍVEL COM O REGIME DE CLASSE ESPECIAL, NOS TERMOS DO:

 DECRETO-LEI Nº 1044 DE 21/10/69 LEI FEDERAL Nº 6202 DE 17/04/75

DIAGNÓSTICO:

PARECER:

PERÍODO DE AFASTAMENTO:

INÍCIO: / /

TÉRMINO: / /

MÉDICOS RESPONSÁVEIS PELO EXAME:

DR. _____

DR. _____

/ /
DATA

CHEFE DO SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR - SAST

RECIBO_____, Nº _____, REQUEREU INSPEÇÃO MÉDICA
(NOME DO ALUNO)

PARA FINS DE REGIME ESPECIAL RELATIVO A MATRÍCULA DO SEMESTRE ____/____/____ EM ____/____/____

FUNCIONÁRIO DO SAST