



DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

ANO

**REQUERIMENTO DE AVALIAÇÃO MÉDICA**

SEM. LETIVO

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

NOME:				Nº DE REGISTRO	
CURSO				UNIDADE	
RUA, AVENIDA, ETC.				Nº:	APT.
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:	TELEFONE:	

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DATA\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO REQUERENTE**RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO/COLEGIADO DO CURSO**ENCAMINHADO AO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DO  
TRABALHADOR - DAST, PARA AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE:  
  
REGIME ESPECIAL, NOS TERMOS DA RESOL.  
COMPL. 01/90 - CEPE (ITEM 106 DO ANEXO)

TRANCAMENTO PARCIAL

TRANCAMENTO TOTAL

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DATA\_\_\_\_\_  
SEÇÃO DE ENSINO/COLEGIADO DO CURSO**RECIBO**\_\_\_\_\_, Nº \_\_\_\_\_, REQUEREU INSPEÇÃO MÉDICA  
(NOME DO ALUNO)

PARA FINS DE AVALIAÇÃO MÉDICA RELATIVA A MATRICULA DO SEMESTRE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FUNCIONÁRIO DO DAST