



DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

ANO

SEM. LETIVO

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

NOME:		Nº DE REGISTRO	
E-MAIL:			
CURSO		UNIDADE	
RUA, AVENIDA, ETC.		Nº:	APT.
BAIRRO: CIDADE: UF:	CEP: TELEFONE:		
/ /		ASSINATURA DO REQUERENTE	
DATA			

RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO/COLEGIADO DO CURSO

ENCAMINHADO AO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO A SAÚDE DO TRABALHADOR - DAST, PARA AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE:	<input type="checkbox"/>	REGIME ESPECIAL, NOS TERMOS DA RESOL. COMPL. 01/90 - CEPE (ITEM 106 DO ANEXO)
	<input type="checkbox"/>	TRANCAMENTO PARCIAL
	<input type="checkbox"/>	TRANCAMENTO TOTAL
/ /		
DATA		
SEÇÃO DE 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	