



DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

ANO

SEM. LETIVO

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

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

**RESERVADO À SEÇÃO DE ENSINO**

ENCAMINHADO AO SERVIÇO DE ATENÇÃO A SAÚDE DO TRABALHADOR - SAST, 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			
/ /			CHEFE DA SEÇÃO DE ENSINO		
DATA					

**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. \_\_\_\_\_

/ /

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