**AFASTAMENTO MÉDICO**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ aluno(a) do curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no USP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tendo em vista o comprovante anexado ao presente, correspondente ao período de \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ [ \_\_\_\_ ] dia(s), solicito a competente autorização para concessão de:

**[ ] REGIME DE EXERCÍCIOS DOMICILIARES** de acordo com:

[ ] **Decreto-lei nº 1.044/1969** (estudantes portadores das afecções caracterizadas por incapacidade física relativa; ocorrência isolada ou esporádica; duração do afastamento não ultrapasse o mínimo admissível para a continuidade do processo pedagógico de aprendizagem)

[ ] **Lei nº 6.202/1975** (estudante em estado de gestação a partir do 8º mês e durante três meses)

|  |  |
| --- | --- |
| **DISCIPLINA:** | **DOCENTE:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 **[ ] APLICAÇÃO DE PROVA/AVALIAÇÃO** perdida no período indicado acima**:**

|  |  |
| --- | --- |
| **DISCIPLINA:** | **DOCENTE:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Cumpri [ ] não cumpri [ ] **o prazo de 05 (cinco) dias uteis** para apresentação do documento ao Serviço de Graduação.

**Obs.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DECLARO estar ciente:**

* que **NÃO HÁ ABONO DE FALTA** por motivo de saúde.
* que no Regime de Exercícios Domiciliares como compensação da ausência às aulas poderá ser atribuído a mim o **CUMPRIMENTO DE PLANO DE ATIVIDADES** elaborado pelos(as) docentes responsável(is) pela(s) disciplina(s) e acompanhamento da Comissão de Graduação, bem como, que o mesmo não se aplica às disciplinas que possuem aulas práticas e seminários.
* que nova prova/ avaliação será agendada conforme critério do(a) docente ministrante.

\_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do(a) aluno(a) ou do Representante

Para afastamento médico superior a 10 (dez) dias

**EMISSÃO DE LAUDO MÉDICO - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

O(a) aluno(a) em questão, foi por mim examinado(a), tendo sido constatada:

[ ] em exame físico

[ ] em atestado(s) médico anexo(s) (**CID**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

a impossibilidade de acompanhar as atividades escolares no período de

 \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Médico da UBAS

|  |
| --- |
| **DELIBERAÇÃO COMISSÃO DE GRADUAÇÃO/ COMISSÃO COORDENADORA DE CURSO**A concessão do pedido está:[ ] AUTORIZADA [ ] NÃO AUTORIZADA Justificativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**ENCAMINHE-SE AOS DOCENTES RESPONSÁVEIS PELAS DISCIPLINAS MENCIONADAS PARA:**( ) CONHECIMENTO.( ) ELABORAÇÃO DE PLANO DE ATIVIDADES.( ) AGENDAMENTO DE NOVA PROVA/AVALIAÇÃO.\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Presidente CG / Coordenador da CoC |

Processado:

Aluno(a) *\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_*

*Retorno: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_*

*Docentes: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_*

 *Por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*