

Nome: _____ Matrícula: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Curso: _____ Campus: _____

Documento apresentado: _____

Não é permitido exigir o CID nos atestados, pois conforme, RESOLUÇÃO CFM Nº 1.851, DE 14 DE AGOSTO DE 2008, o atestado somente poderá estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente.

Data	Componente Curricular	Docente

Atestado:

Justificativa para entrega do atestado fora do prazo (72 horas após a data de emissão)

Assinatura do aluno

Para uso da Secretaria Acadêmica:

Pedido recebido em ____/____/____, por _____

Em caso de deferimento, pedido registrado em ____/____/____, por _____

FORMULÁRIO DE JUSTIFICATIVAS DE FALTAS

Para uso da Coordenação do Curso:

- () Pedido deferido
() Pedido Indeferido

Justificativa para o indeferimento:

Pedido analisado em ____/____/____

Nome legível do(a) Coordenador(a)

Assinatura / Carimbo (caso possua)