

MODELO DE ATESTADO**SERVIÇO DE SAÚDE****ATESTADO**

Nome do(a) aluno(a):	R.A.:
-----------------------------	--------------

Unidade Universitária:		Curso:
Série:	Turno:	Período de afastamento: de __/__/__ a __/__/__

Indicativos	CIP
Afecção congênita	
Infecção	
Traumatismo	
Outra condição mórbida	
Gravidez	

O(a) estudante apresenta estado de saúde caracterizado por:

Situação	Sim	Não
Incapacidade física relativa		
Manutenção de condições intelectuais e emocionais		
Ocorrência isolada		
Ocorrência esporádica		
Período de gestação anterior ao 8º mês		
Período de gestação posterior ao 8º mês		

Nome do médico

Assinatura do médico

CRM: _____