

Ficha de solicitação do Regime de Exercícios Domiciliares

1. Dados do aluno: (preenchido pelo aluno)

Nome: _____

Curso: _____ Período: _____

XX

2. Laudo médico sucinto: (preenchido pelo médico)

2.1 Nome do Aluno Paciente: _____

2.2 Doença ou estado de saúde impeditivo da presença no dia da prova ou avaliação:

2.3 CID (Código Internacional da Doença): _____

Razões médicas do impedimento:

2.4 Grau de gravidade da afecção ou do estado do paciente:

Sem gravidade Gravidade média Gravíssimo

Observações: _____

2.5 Período de afastamento: de ___/___/___ a ___/___/___ - Total de ___ dias.

XX

3. Dados do profissional médico

3.1 Nome: _____

3.4 CRM: _____

3.5 Especialidade: _____

3.2 Telefone: _____ E-mail: _____

3.3 Endereço Profissional: _____

Data: ___/___/___.

Carimbo e assinatura do Médico Responsável