



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Coordenação do Curso de Graduação em Medicina
Secretaria do Curso de Medicina

Rede credenciamento da ESCS pela Portaria SEEDF Nº 391, de 11/12/2018

(publicado no DODF nº 237, de 14/12/2018).

Reconhecimento do Curso pela Portaria nº 56, de 24 de janeiro de 2022, DODF nº 18, quarta-feira, 26 de janeiro de 2022 –
E-MEC do Curso de Medicina: Nº 58412

REQUERIMENTO DE AFASTAMENTO POR MOTIVO DE DOENÇA

Senhor(a) Coordenador(a),

Eu, _____ matrícula nº _____, da _____ série, telefone
de contato: _____ venho respeitosamente, por meio desta, requerer a **deliberação de afastamento**
por motivo de doença:

- Data/Período do afastamento: _____

- Local (hospital, clínica, unidade de saúde) onde foi realizado o atendimento médico: _____

- Afastamento impediu a realização de procedimento avaliativo: ☐ sim ☐ não

- Módulo correspondente ao período afastado: _____

- Turma Tutoria/HA/IESC/HPE: _____

Estou ciente que:

Imediatamente após o término do período de afastamento, devo procurar o coordenador de série para confirmar a homologação do atestado médico e pactuar o calendário de reposição das atividades perdidas;

Conheço o inteiro teor da Resolução nº 002/2023 – CoCG/ESCS - do Colegiado de Cursos de Graduação/ESCS.

O prazo de entrega da cópia do registro de atendimento é de 07 (sete) dias a contar da data de entrega do atestado nesta Secretaria do Curso de Medicina. Caso não seja entregue, o requerimento será INDEFERIDO.

Brasília-DF de _____ de 20____.

Anexos:

() Atestado Médico

() Cópia do registro de atendimento

() Outros: _____

Assinatura do estudante
