



REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO DO DOMICILIAR

Ilmo.Sr.

Coordenador do Curso de _____ do Centro Universitário de São Paulo – Campus Engenheiro Coelho

Ilmo. Sr. Coordenador:

Eu, _____, RA nº. _____, aluno (a) regularmente matriculado (a) no Curso de _____, Turma _____, venho respeitosamente à presença de vossa senhoria, requerer ATENDIMENTO DOMICILIAR, conforme regimento desta instituição, de acordo com:

() Decreto-Lei nº1044/69 (afecções congênicas, adquiridas, ou traumatismos graves).

() Lei nº. 6202 de 17/04/1975 (aluna gestante)

No período compreendido entre ____/____/____ a ____/____/____, conforme laudo médico.

Código de Identificação da Doença (CID): _____

Nome do Representante: _____

Endereço: _____

Telefone para Contato: _____ e-mail: _____

(anexar laudo médico)

Nesses Termos

Pede Deferimento.

Engenheiro Coelho, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Aluno ou Responsável

DESPACHO COORDENAÇÃO DE CURSO / REGISTRO ACADÊMICO

Tenho em vista as informações acima:

() DEFERIDO () INDEFERIDO

Assinatura do Coordenador