



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ

PRÓ-REITORIA DE ENSINO

DIRETORIA DE ASSUNTOS ACADÊMICOS

LAUDO MÉDICO DE TRATAMENTO EXCEPCIONAL

(RES. 094/95-CEP)

(Decreto-Lei nº 1044/69 e Lei nº 6.202/75).

NOME DO (A) ALUNO (A):

PERÍODO DE AFASTAMENTO:

Número de dias: _____ (_____).

Início: _____ / _____ / _____ Término: _____ / _____ / _____.

Data Provável para o parto (em caso de gestante): _____ / _____ / _____.

PARECER MÉDICO INFORMANDO AS CONDIÇÕES QUE IMPOSSIBILITAM O (A) PACIENTE DE
FREQUENTAR AULAS.

C.I.D.: _____

Local e data do laudo.

Carimbo, assinatura e número do CRM.

Observação: Este documento deverá ser protocolizado na Diretoria de Assuntos Acadêmicos no prazo máximo de **5 (cinco)** dias úteis, contados da data do impedimento. Caso contrário, em sendo deferida a solicitação, o benefício será concedido a partir da data do protocolizado.