



FORMULÁRIO MÉDICO PARA CONCESSÃO DE AMPARO LEGAL

PARA PREENCHIMENTO DO DISCENTE solicitante:

Nome:

Data de Nascimento: / /

Curso:

Matrícula:

CPF:

Licença Inicial

Renovação de Licença

PARA PREENCHIMENTO DO MÉDICO responsável:

Nome:

CRM:

Data inicial do afastamento:

Data final do afastamento:

CID-10:

Carimbo do médico:

ATENÇÃO

*É OBRIGATÓRIO o preenchimento de TODOS os campos do referido formulário. Caso contrário, NÃO SERÁ POSSÍVEL concluir o processo de concessão de Amparo Legal pela Divisão de Saúde da UFRRJ.

*O PRAZO LIMITE PARA A SOLICITAÇÃO do formulário MÉDICO PARA CONCESSÃO DE AMPARO LEGAL na Divisão de Saúde da UFRRJ é de 15 (quinze) dias, a partir da data inicial da dispensa médica.

*O PERÍODO MÍNIMO de dispensa é de 15 (quinze) dias e o PERÍODO MÁXIMO de 90 (noventa) dias, podendo sofrer prorrogação nos casos de afastamento por motivo de doença.

*A PRORROGAÇÃO MÁXIMA ACUMULADA é de 02 (dois) períodos letivos. Caso o prazo seja excedido, ocorrerá o TRANCAMENTO DA MATRÍCULA. Tal prorrogação NÃO se aplica à licença Maternidade.

Informações adicionais em: <http://portal.ufrrj.br/pro-reitoria-de-graduacao/programas/exercicio-domiciliar/>