



CCSST – Campus
Avançado Bom Jesus

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS SAÚDE E TECNOLOGIA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA/CCSST

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luís/Maranhão

NOME DO ALUNO		CÓDIGO		
End.		Tel.		
Ilmo (a) Sr.(a) Coordenador(a), Nos termos do Regimento desta Universidade, solicito à V.Sa. o que assinalo no(s) campos abaixo:				
Imperatriz, ____/____/____				
Assinatura do aluno (a)				
☐ AMPARO LEI 6220 – GESTANTE		☐ AMPARO LEI 1044 (EXERCÍCIOS DOMICILIARES)		
☐ OUTROS _____				
Disciplinas em que está inscrito (a) no presente semestre (Lei 1044 e Lei 6.220)				
CÓD	DISCIPLINA	TURMA	PROFESSOR	DEPARTAMENTO
☐ APROVEITAMENTO DE ESTUDOS				
DA(S) DISCIPLINAS(S)	PARA A(S) DISCIPLINA(S)	CÓD.	MÉDIA	COORD. DE CURSO CONSIDERADO
				Sim () Não()
				Sim () Não()
				Sim () Não()
				Sim () Não()
				Sim () Não()
				Sim () Não()
				Sim () Não()
☐ Defiro o aproveitamento de estudos, nas disciplinas assinaladas positivamente no quadro acima.				
☐ Indefiro o aproveitamento de estudos, nas disciplinas assinaladas positivamente no quadro acima.				
Imperatriz, ____/____/____				
Coordenador(a) do Curso de Medicina				