



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
DIVISÃO DE LATO SENSU
Rodovia SC 484 – Km 02, Fronteira Sul,
latosensu@uffs.edu.br

Formulário de Solicitação de Licença para Tratamento de Saúde					
Nome:					
CPF:			Matrícula:		
Curso:					
Ano:	R1	R2	R3	R4	R5
Data de início:			Data de término:		
Justificativa (contendo CID):					
Local e data,			Assinatura:		
Parecer do Supervisor(a)					
() O residente anexou o Atestado Médico.					
Data e local:					
Assinatura:					
Recebimento da Coreme:					
Quantidade de dias: _____ () Pagamento pela UFFS () Pagamento pelo INSS					
Data e Assinatura do responsável:					
Protocolo:					

Recebimento da Coreme:					
Quantidade de dias: _____ () Pagamento pela UFFS () Pagamento pelo INSS					
Data e Assinatura do responsável:					
Protocolo:					