



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO DE ARQUIVO GERAL
DIVISÃO DE PROTOCOLO

À Coordenação do Curso de **TERAPIA OCUPACIONAL**

Nome do aluno:	
Matrícula:	

Encaminhamento atestado médico para fins de _____

Nestes termos, pede deferimento.

Santa Maria, ____ de _____ de _____.

Assinatura requerente