



GP.01

ENCAMINHAMENTO DE ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO

VERSÃO 2016.1

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

NOME DO(A) SERVIDOR(A)		CPF
TELEFONE	E-MAIL	
DIRETORIA / PRÓ-REITORIA	UNIDADE/CIDADE	

DADOS DO ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO

PERÍODO DO AFASTAMENTO	ÚLTIMO DIA TRABALHADO
------------------------	-----------------------

Declaro que estou ciente do dever de comunicar à minha chefia imediata deste afastamento por motivo de saúde.

_____, ____/____/____
Local e Data

Assinatura do(a) Servidor(a)

Para uso pela Gestão de Pessoas

Recebido em ____/____/____ por

Lançado em ____/____/____ por

RECIBO DE ENTREGA DO FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO

Declaro que foi entregue nesta data o Formulário para encaminhamento de atestado médico/odontológico do(a) Sr(a).

_____ referente ao período de afastamento
_____ devidamente preenchido, assinado e acompanhado do atestado médico/odontológico a que se refere.

_____, ____/____/____
Local e Data

Carimbo e Assinatura – Setor de Atenção à Saúde do Servidor