

Via do Setor de Atenção à Saúde do Servidor

PROTOCOLO DE ENTREGA / ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO

1 – IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome: _____ CPF: _____
Telefone: _____ e-mail: _____
Pró-Reitoria/Diretoria: _____ Unidade/Cidade: _____

2 – DADOS DO ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO

Período do afastamento: ____/____/____ a ____/____/____

Último dia trabalhado: ____/____/____

3- RECEBIDO DO *SETOR DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR*:

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

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

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

VIA DO SERVIDOR

PROTOCOLO DE ENTREGA / ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO

1 – IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome: _____ CPF: _____
Telefone: _____ e-mail: _____
Pró-Reitoria/Diretoria: _____ Unidade/Cidade: _____

2 – DADOS DO ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO

Período do afastamento: ____/____/____ a ____/____/____

Último dia trabalhado: ____/____/____

3- RECEBIDO DO *SETOR DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR*:

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

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

Data: ____/____/____ Assinatura: _____