**GP.01 ENCAMINHAMENTO DE ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO**

**VERSÃO 2017.1**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR** |
| CPF      | nome / NOME SOCIAL (PORTARIA MP/GM Nº 233, DE 18/05/2010, PNDH)      |
| MATRÍCULA SIAPE      | 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