



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 do Ambulatório |
| 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