



**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