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

**VERSÃO 2019.1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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) |
|