**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) |
|