*Via do Setor de Atenção à Saúde do Servidor*

**PROTOCOLO DE ENTREGA / ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO**

**1 – IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | CPF: |
| Telefone: | e-mail: |
| Pró-Reitoria/Diretoria: | Unidade/Cidade: |

**2 – DADOS DO ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO**

|  |
| --- |
| Período do afastamento: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| Último dia trabalhado:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |

3- RECEBIDO DO ***SETOR DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR***:

|  |  |
| --- | --- |
| Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | Assinatura: |

*Declaro que estou ciente do dever de comunicar a minha chefia imediata deste afastamento por motivo de saúde.*

|  |  |
| --- | --- |
| Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | Assinatura: |

****

***VIA DO SERVIDOR***

**PROTOCOLO DE ENTREGA / ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO**

**1 – IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | CPF: |
| Telefone: | e-mail: |
| Pró-Reitoria/Diretoria: | Unidade/Cidade: |

**2 – DADOS DO ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO**

|  |
| --- |
| Período do afastamento: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| Último dia trabalhado:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |

3- RECEBIDO DO ***SETOR DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR***:

|  |  |
| --- | --- |
| Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | Assinatura: |

*Declaro que Estou ciente do dever de comunicar a minha chefia imediata deste afastamento por motivo de saúde.*

|  |  |
| --- | --- |
| Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | Assinatura: |