



**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