

S

APRESENTAÇÃO DE ATESTADOS

FUNCIONAL	Nome:		Siage:	Situação Funcional:	
	Cargo/Emprego:			Câmpus:	
	Setor:				
Telefone: -		Celular: -	E-mail:		
ATESTADO	CPF:	Endereço:			
	Bairro:		Cidade:	Estado:	CEP:
	<p>Conforme disposto nos artigos 202 a 205 da Lei n.º 8.112/1990, que tratam da licença para tratamento de saúde, regulamentados pelo decreto n.º 7.003/2009 e pela Orientação Normativa/SRH/MP n.º 03/2010, encaminho o atestado em anexo da/o médica/o , emitido em / / para vistas, homologação de médico oficial e inclusão no sistema SIASS.</p> <p>No período de / / a / / , correspondente a dias.</p> <p>CRM do médico: CID:</p> <p>_____, ____ de _____. _____.</p>				

Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor

Cientifiquei-me do mencionado atestado,

- () homologando-o.
 () não homologando-o, tendo em vista
- _____
 _____.
 _____.

Incluído no SIASS em: ____ / ____ / ____.

Número de dias de afastamento sugeridos no atestado:

- () inferior a 15 dias.
 () perícia médica (entre 15 e 120 dias)
 () junta médica (período superior a 120 dias)