

## S

## APRESENTAÇÃO DE ATESTADOS

FUNCIONAL	Nome:	Siape:	Situação Funcional:	
	Cargo/Emprego:	Câmpus:		
	Setor:			
	Telefone: -	Celular: -	E-mail:	

CPF:	Endereço:			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	

ATESTADO	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.				
	No período de / / a / / , correspondente a dias.				
	CRM do médico:		CID:		
	_____, ____ de _____ de _____. Assinatura do (a) Requerente				

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)	