



S

APRESENTAÇÃO DE ATESTADOS

FUNCIONAL	Nome:		Siape:		Reg. Jur.:				
	Situação Funcional:		Classe/Nível/Padrão:		Função:				
	Titulação:		Cargo/Emprego:						
	Câmpus:								
	Unidade:								
	Setor:								
	Telefone:		-		Celular:		-		E-mail:

CPF:	
------	--

ATESTADO	<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 <input type="text"/> emitido em <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> para vistas, homologação de médico oficial e inclusão no sistema SIASS.</p> <p>No período de <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> a <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>, correspondente a <input type="text"/> dias.</p> <p>_____, ____ de _____ de _____.</p> <p style="text-align: right;">_____ Assinatura da/o Requerente</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)