



S

APRESENTAÇÃO DE ATESTADOS

FUNCIONAL	Nome:				Siape:			Reg. Jur.:						
	Situação Funcional:					Classe/Nível/Padrão:			Função:					
	Titulação:				Cargo/Emprego:									
	Câmpus:													
	Unidade:													
	Sector:													
	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 [] emitido em [] / [] / [] para vistas, homologação de médico oficial e inclusão no sistema SIASS.</p> <p>No período de [] / [] / [] a [] / [] / [], correspondente a [] dias.</p> <p>_____, ____ de _____ de _____.</p> <p style="text-align: right;">Assinatura da/o Requerente</p>											
-----------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p style="text-align: center;">Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor</p>											
<p>Cientifiquei-me do mencionado atestado,</p> <p>() homologando-o.</p> <p>() não homologando-o, tendo em vista</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Incluído no SIASS em: ____/____/____.</p> <p>Número de dias de afastamento sugeridos no atestado:</p> <p>() inferior a 15 dias.</p> <p>() perícia médica (entre 15 e 120 dias)</p> <p>() junta médica (período superior a 120 dias)</p>											