

ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Nome Completo: _____

Matrícula SIAPE: _____ CPF: _____

Lotação: _____ Telefone: _____

Emissão de atestado: ____/____/____ Dias de Afastamento: _____

Recebido por: _____ Data: _____

- Acidente de Trabalho** (O servidor deverá preencher a CAT)
- Acompanhamento de Pessoa da Família** (Caso o dependente não esteja cadastrado no SIAPE, o servidor deve entregar cópia de RG e CPF do mesmo)

JUSTIFICATIVA

(Em caso de entrega de atestado médico em atraso)

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Recebido por: _____ Data: _____

Emissão de atestado: ____/____/____ Dias de Afastamento: _____

*Para informações sobre a necessidade de realização de Perícia Médica, entre em contato com a Unidade SIASS/UFRR pelo telefone (95)3623-5154.

ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Nome Completo: _____

Matrícula SIAPE: _____ CPF: _____

Lotação: _____ Telefone: _____

Emissão de atestado: ____/____/____ Dias de Afastamento: _____

Recebido por: _____ Data: _____

- Acidente de Trabalho** (O servidor deverá preencher a CAT)
- Acompanhamento de Pessoa da Família** (Caso o dependente não esteja cadastrado no SIAPE, o servidor deve entregar cópia de RG e CPF do mesmo)

JUSTIFICATIVA

(Em caso de entrega de atestado médico em atraso)

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Recebido por: _____ Data: _____

Emissão de atestado: ____/____/____ Dias de Afastamento: _____

*Para informações sobre a necessidade de realização de Perícia Médica, entre em contato com a Unidade SIASS/UFRR pelo telefone (95)3623-5154.