



ENVIO DE DADOS DE ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO

ATÉ O 5º DIA DO INÍCIO DA VIGÊNCIA

DADOS DO SERVIDOR (A)

Nome:			
CPF:		Matrícula SIAPE:	
Órgão:	Lotação: (campus/unidade)	Cargo:	
Endereço:			
E-mail (imprescindível):		Telefone para contato:	
Possui outro cargo Público Federal? NÃO () SIM () Se sim, favor preencher também os campos relativos ao 2º cargo.			
Matrícula SIAPE:	Órgão:	Lotação:(campus/unidade)	Cargo:

SERVIDOR: EFETIVO () TEMPORÁRIO/SUBSTITUTO () APOSENTADO/ PENSIONISTA ()

ATESTADO: MÉDICO () ODONTOLÓGICO () **POR ACIDENTE DE TRABALHO:** NÃO () SIM ()

* () ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO DO SERVIDOR

Numero de Dia(s) de Liberação do Trabalho por Motivo de doença: _____, conforme Atestado de saúde em meu poder.	NO PERÍODO DE: _____ à _____,
--	--------------------------------------

CID 10 ou patologia _____,

DATA DE EMISSÃO DO ATESTADO: ____ / ____ / ____

NOME DO PROFISSIONAL: _____

REGISTRO NO CONSELHO (CRM / CRO) DO PROFISSIONAL: _____

* () ATESTADO PARA ACOMPANHAMENTO DE DEPENDENTE CADASTRADO (quando for o caso)

Nome do Dependente:	CPF:
Grau de Parentesco:	Idade:
Numero de Dia(s) de Liberação do Trabalho por Motivo de doença do Dependente: _____, conforme Atestado de saúde em meu poder.	NO PERÍODO DE: _____ à _____,

CID 10 ou patologia do dependente _____

DATA DE EMISSÃO DO ATESTADO: ____ / ____ / ____

NOME DO PROFISSIONAL: _____

NUMERO DO REGISTRO NO CONSELHO (CRM / CRO) DO PROFISSIONAL: _____

*** PREENCHER DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES QUE CONSTAM DO ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO.**

ATENÇÃO: Não preencher neste formulário informação que não conste no Atestado.

Se for constatado que no atestado apresentado há informações colocadas por outra pessoa que não o profissional que atendeu ao servidor/dependente, será considerado fraude e sujeito as penalidades previstas em lei.

Desejo realizar a minha perícia médica, de acordo com a disponibilidade da Unidade, no:

SIASS IFFLUMINENSE REITORIA.

SIASS IFFLUMINENSE, polo Campus Itaperuna.

OBS¹: As perícias Odontológicas serão realizadas somente no campus Campos Centro do IFFluminense, em dia e hora previamente agendada.

OBS²: As Juntas Médicas serão realizadas somente no SIASS IFFluminense – REITORIA, em dia e hora previamente agendada.

Anexar o Atestado Médico/Odontológico digitalizado (foto ou “escaneado”).

 **ENVIAR**