

**JUSTIFICATIVA DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO
APÓS 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 e a Licença para Tratamento de Saúde for para ambos os cargos, 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 PROFISSIONAL: _____ REGISTRO NO CONSELHO (CREMERJ/ CRO): _____			
* () ATESTADO PARA ACOMPANHAMENTO DE DEPENDENTE CADASTRADO (se 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 PROFISSIONAL: _____ NUMERO DO REGISTRO NO CONSELHO (CREMERJ/ CRO): _____			



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



ENVIAR
