

**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): _____			

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

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.

JUSTIFICATIVA

Ciente das observações acima **DECLARO (A)** que fiquei impossibilitado de entregar ao **SIASS IFFluminense** o **ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO**, em anexo, até o 5º dia do início da sua vigência, devido ao seguinte motivo:

ATENÇÃO: *Está justificativa para o atraso na entrega do Atestado Médico/Odontológico, será analisada pelo setor de perícia do SIASS IFFluminense. Caso a justificativa não seja aceita, se caracterizará falta ao serviço, sem motivo justificado. (alinea I, artigo nº 44 da Lei 8112/1190).*

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

 ***ENVIAR***
