

PROTOCOLO DE ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

PROTOCOLO SUAP Nº: _____

Nome do servidor(a): _____

Cargo: _____ RJU / CLT Câmpus: _____

Matrícula SIAPE:

--	--	--	--	--	--	--	--

e-mail: _____ Tel. de contato: () _____ - _____

Acompanhamento familiar (informar nome e parentesco): SIM / NÃO

Nome do familiar: _____ Parentesco: _____

Responsável pela entrega do atestado: Próprio servidor(a)
 Portador: _____
(Nome completo do portador)

Afastamento referente ao(s) período(s): _____

Local de entrega do atestado: _____ Data de entrega: ____/____/____

Recebido por: _____
(Assinatura e carimbo do servidor responsável pelo recebimento)

(Via a ser grampeada junto ao Atestado ORIGINAL e encaminhado à Coordenadoria de Saúde do Servidor – CSS/PRD)



**PROTOCOLO DE ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL
- COMPROVANTE DE ENTREGA -**

Declaro ter recebido em ____/____/____ o Atestado de Saúde Ocupacional do servidor(a):

(Nome completo do servidor)

Para encaminhá-lo à homologação pericial.

Responsável pela entrega do atestado: Próprio servidor(a)
 Portador: _____
(Nome completo do portador)

Local de entrega do atestado: _____

Recebido por: _____
(Assinatura e carimbo do servidor responsável pelo recebimento)

(Via a ser emitida a(o) servidor(a) ou portador no ato da entrega do atestado de saúde ocupacional)