|  |
| --- |
| 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)***

✂ .

|  |  |
| --- | --- |
|  | INSTITUTO FEDERAL DE SÃO PAULO  Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional  Diretoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas  Diretoria-Adjunta de Desenvolvimento de Pessoal  Coordenadoria de Assistência à Saúde do Servidor |

|  |
| --- |
| **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) | |