|  |
| --- |
| **LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DO ESTAGIÁRIO** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DADOS DO ESTAGIÁRIO | | |
| NOME: | | SIAPE: |
| CURSO: | LOTAÇÃO: | |
| RAMAL: | CELULAR E FIXO: | |
| E-MAIL: | | |

|  |  |
| --- | --- |
| DADOS DO ATESTADO MÉDICO | |
| INÍCIO DO AFASTAMENTO:    /    / | SUGESTÃO DE DIAS DE AFASTAMENTO: |
| NOME DO PROFISSIONAL: | |
| CRM / CRO DO PROFISSIONAL: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data:    /    / |  |  |
|  | Assinatura do(a) estagiário(a) / Representante |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ciente. |  |  |
| Data:    /    / |  |  |
|  | Assinatura e carimbo do supervisor(a) do estágio |  |

PROCEDIMENTOS:

1- Preencher e assinar o formulário

2- Anexar atestado médico ou odontológico original

3-Ciência da chefia imediata

4- Encaminhar para SUGEPE/DSQV - Campus Santo André - Bloco A - Subsolo - Sala S16 - impreterivelmente **até 5 dias corridos após o início do afastamento.**

v.16.05.2017