|  |
| --- |
| **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