|  |
| --- |
| **DOAÇÃO DE SANGUE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DADOS DO SERVIDOR / ESTAGIÁRIO: | | |
| NOME: | | SIAPE: |
| CARGO: | LOTAÇÂO: | |
| RAMAL: | CELULAR / FIXO: | |
| E-MAIL: | | |

Solicita a concessão de 1 (um) dia em razão de doação de sangue.

|  |  |
| --- | --- |
| EMISSOR DO ATESTADO: |  |
| DATA DO ATESTADO: | /    / |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data:    /    / |  |  |
|  | Assinatura do Servidor / Estagiário |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ciente. |  |  |
| Data:    /    / |  |  |
|  | Assinatura e carimbo da chefia imediata |  |

PROCEDIMENTO:

1- Preencher e assinar o formulário

2- A chefia imediata deverá assinar o campo “Ciente”

3- Anexar atestado médico original

4- Encaminhar para SUGEPE/DSQV - Campus Santo André - Bloco A - Subsolo - Sala S16 - **impreterivelmente** **até 5 (cinco) dias corridos** após a data de doação.

FUNDAMENTO LEGAL: art. 97° da Lei nº 8112/90

v.12.07.2017