**UNIDADE SIASS INSS LONDRINA**

**ENVELOPE CONFIDENCIAL PARA POSTAGEM DE ATESTADOS MÉDICOS DE**

***CURTA DURAÇÃO E LICENÇA GESTAÇÃO***

**CAMPUS:** ( ) Assis Chateaubriand  ( ) Astorga  ( ) Goioerê ( ) Ivaiporã ( ) Jacarezinho ( ) Jaguariaíva ( ) Londrina

( ) Paranavaí  ( ) Pitanga ( ) Telêmaco Borba ( ) Umuarama

ÚLTIMO DIA DE TRABALHO:**\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**.

**Telefones de contato:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome do servidor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **EMAIL:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data do início do afastamento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. **N° de dias de afastamento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dias.**

**Data de postagem do atestado**: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

**Declaro estar ciente que o atestado em anexo preenche todos os critérios para homologação de licença sem necessidade de avaliação presencial de perito em saúde (Dec. 7003 de 09/11/2009).**

**Assinatura do servidor**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Após homologação do Atestado Médico será enviado por meio eletrônico, ao Gtpessoas do Campus que o servidor pertence, para controle e providências cabíveis. O não preenchimento correto dos dados acima ou o conteúdo fora das normas legais acarretará na não homologação do período e será devolvido ao campus de origem para as providências cabíveis.

RUBRICA E DATA DO RECEBEDOR (Com carimbo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_