**FÓRMULÁRIO DE JUSTIFICATIVA DE ATRASO PARA ENTREGA DO ATESTADO**

|  |
| --- |
| **DADOS DO SERVIDOR** |
| Nome: | Data:  |
| **DADOS DA PESSOA DA FAMÍLIA** (se for necessário) |
| Nome: | CPF |
| Tipo de Licença:  Licença para tratamento da própria saúde.  Licença por motivo de doença em pessoa da família (Cônjuge ou companheiro; mãe e pai; filhos; madrasta ou padrasto; enteados ou dependente que viva às expensas do servidor e conste de seu assentamento funcional). |
| **JUSTIFICATIVA** |
| DECLARO que fiquei impossibilitado de entregar ao SIASS-UFRPE o ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO em anexo, até o 5º dia do início da vigência, que iniciou em \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_, porque Belo Jardim, \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do(a) Servidor(a) ou representante legal  |
|  |
| **PARECER** |
| Após a análise da justificativa,  Autorizo a entrega do atestado e realização da perícia médica, se necessário.  Não autorizo a entrega do atestado.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Núcleo de Assistência e Promoção à Saúde |