**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 | | |