|  |  |
| --- | --- |
| NOME DO EMPREGADO: | |
| CARGO: | LOTAÇÃO: |
| MATRÍCULA: | |

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA DO ATESTADO:

* Próprio Empregado
* Portador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nome Completo do Portador)

DATA PELA ENTREGA: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA DO ATESTADO: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

RECEBIDO POR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura e carimbo do empregado responsável pelo recebimento)

* - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

**PROTOCOLO DE ATESTADO DE SAÚDE MÉDICO**

**- COMPROVANTE ENTREGA-**

Declaro ter recebido em \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ o atestado de saúde médico do empregado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nome completo do empregado), referente ao dia \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.

Entregue por:

* Próprio Empregado
* Portador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nome Completo do Portador)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do empregado da SERHUM

Nº Matr. \_\_\_\_\_\_\_\_

**Data de recebimento pelo SERHUM:**