



**CIÊNCIA DE
AFASTAMENTO
LABORATIVO**

**Prefeitura Municipal de Angra dos Reis
Secretaria Municipal de Administração
Secretaria-Executiva de Recursos Humanos**

ATESTADO MÉDICO – CIÊNCIA DE AFASTAMENTO LABORATIVO

DADOS DO FUNCIONÁRIO AFASTADO:

MATRICULA: NOME:
LOTAÇÃO: REGIME DE TRABALHO:
TELEFONE: CELULAR:

DADOS DO ATESTADO:

INÍCIO: DIAS AFASTADO: FIM:

DADOS DA CHEFIA:

MATRICULA: NOME:
LOTAÇÃO: SIGLA:
CARGO/FUNÇÃO:
TELEFONE:

Declaro, para os fins da Resolução nº 003/2026/SMGP.SERH, que o servidor acima citado, ou seu representante, **apresentou nesta Unidade Administrativa o atestado médico/odontológico referente ao afastamento laborativo.**

Estou ciente que, a prestação de declaração falsa poderá ensejar a apuração de responsabilidade administrativa, **sem prejuízo das responsabilidades civil e penal cabíveis.**

Angra dos Reis, _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo do Chefe Imediato