



**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:

Encontro-me ciente que, o funcionário acima descrito encontra-se afastado de suas atividades laborativas, até a data fim acima descrita. Cabe ressaltar que, o afastamento está sendo realizado de acordo com a Resolução em vigor.

Angra dos Reis, _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo do Chefe Imediato