

## COMUNICAÇÃO DE AUSÊNCIA E DESLOCAMENTO PARA CUIDADOS COM A SAÚDE

À chefia imediata \_\_\_\_\_

I – Informações Pessoais				
Nome: _____		SIAPE: _____		
E-mail: _____		Telefone: (____) _____		
II – Natureza do Afastamento				
Consultas, exames ou procedimentos de saúde: ( ) Do(a) próprio(a) servidor(a) ( ) De dependente que conste no assentamento funcional				
Data de início: ____/____/____		Data de término: ____/____/____		
III - Roteiro de Viagem				
ORIGEM		DESTINO		
DIA/MÊS	CIDADE		DIA/MÊS	TOTAL DE HORAS*
	DE	PARA		
* Relacionadas à jornada de trabalho				
III - Declaração				
<p>Ao assinar, declaro que as informações prestadas acima são verídicas e visam registrar junto à minha chefia imediata o afastamento para consultas médicas, exames ou procedimentos clínicos, conforme o Ofício Circular N° 02/2019 – PROGEPE/UNIPAMPA e não substituem a apresentação de Declaração de Comparecimento. Estou ciente da necessidade de abertura de processo no SEI para solicitação de homologação de licença, caso este afastamento resulte em Licença para Tratamento de Saúde ou Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família. Esta declaração visa resguardar o(a) servidor(a) e a instituição, sem gerar direito a diárias, passagens ou qualquer tipo de ajuda de custo ou indenização.</p> <p>_____, ____ de _____ de _____.</p> <p>_____ Assinatura do(a) servidor(a)</p>				