



**INSTITUTO FEDERAL DE SÃO PAULO**  
Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional  
Diretoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas  
Gerência de Desenvolvimento de Pessoal  
Coordenadoria de Saúde do Servidor

PROCESSO SUAP: \_\_\_\_\_

**PROTOCOLO DE ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL**

Nome do servidor: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Lotação: \_\_\_\_\_

Matricula SIAPE: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ tel de contato: \_\_\_\_\_

Acompanhamento familiar (informar nome e parentesco): \_\_\_\_\_

Responsável pela entrega do Atestado:  Próprio servidor  
 Portador: \_\_\_\_\_  
(Nome completo do portador)

Período de afastamento do Atestado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de entrega: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local de Entrega: \_\_\_\_\_

Recebido por: \_\_\_\_\_  
(Assinatura e carimbo do Servidor responsável pelo recebimento)

*(Via a ser grampeada junto ao Atestado ORIGINAL e encaminhado à Coordenadoria de Saúde do Servidor – DRH)*



**INSTITUTO FEDERAL DE SÃO PAULO**  
Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional  
Diretoria de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas  
Gerência de Desenvolvimento de Pessoal  
Coordenadoria de Saúde do Servidor

**PROTOCOLO DE ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL  
- COMPROVANTE DE ENTREGA -**

Declaro ter recebido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ o atestado de saúde ocupacional do servidor

\_\_\_\_\_  
(Nome completo do servidor)

para encaminhá-lo à homologação pericial.

Entregue por:  Próprio servidor  
 Portador: \_\_\_\_\_  
(Nome completo do portador)

Período de afastamento do Atestado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local de Entrega: \_\_\_\_\_

Recebido por: \_\_\_\_\_  
(Assinatura e carimbo do Servidor responsável pelo recebimento)

*(Via a ser emitida ao servidor ou portador no ato da entrega do atestado de saúde ocupacional)*

PROCESSO SUAP: \_\_\_\_\_