



**ESTADO DE MATO GROSSO
CÂMARA MUNICIPAL DE CUIABÁ
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAL**

REQUERIMENTO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO

Preencher e protocolar no prazo máximo de até 02 (DOIS) dias úteis contados a partir da data do início do afastamento.

Nome do servidor: _____

Data de emissão do atestado: ____/____/____

Quantidade de dia/s de afastamento: _____

OBS (opcional): _____

Data: ____/____/____

Atestado entregue por: _____

Telefone: (____) _____ - _____