

Ato - SEI Nº 154, de 12 de junho de 2026

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)	POP.DGP.001	
Apresentação de atestados e declarações de saúde	Emissão: data da assinatura	Versão: 06
	Próxima revisão: conforme necessidade	

1. OBJETIVO

1.1. Padronizar as atividades relativas à apresentação de atestados médicos e odontológicos e declarações de comparecimento e de acompanhamento em serviços de saúde na Rede HU Brasil.

2. ANEXOS

2.1. Anexo I: Questionário de Entrega de Atestado Médico ou Odontológico sem CID

3. FORMULÁRIOS SEI

3.1. Formulário de Entrega de Declaração de Saúde

3.2. Protocolo de Devolução de Declaração de Saúde

4. CAMPO DE APLICAÇÃO

4.1. Este Procedimento Operacional Padrão (POP) aplica-se às áreas de gestão de pessoas e aos(as) empregados(as), comissionados(as) e servidores(as) cedidos(as) à HU Brasil, para exercício de cargo em comissão ou função gratificada, que necessitem ausentar-se do trabalho por motivo de saúde ou por acompanhamento de dependentes, nos termos da legislação e do acordo coletivo de trabalho vigentes.

5. DAS DECLARAÇÕES DE SAÚDE

5.1. As declarações são documentos que comprovam ausência temporária para comparecimento em consultas, exames e demais procedimentos relacionados à saúde do(a) empregado(a) ou de dependente, em turno coincidente com a jornada de trabalho.

5.2. São declarações de saúde vigentes na HU Brasil, aquelas relacionadas a:

- licença saúde e para acompanhar pessoa da família (Cláusula trigésima do ACT vigente - meio período);
- rastreamento de HPV e/ou câncer;
- pré-natal;
- acompanhamento de esposa ou companheira gestante (meio-período).

5.3. Para fins de comparecimento ou acompanhamento em serviços de saúde, nos termos do ACT vigente ou previstas em Lei, define-se meio período ou afastamento parcial como aquele correspondente à metade da carga horária registrada para o(a) empregado(a), no sistema de gestão de pessoas, no dia do afastamento.

5.4. A declaração sem indicação de horário ou período de atendimento ensejará abono de meio período ou afastamento parcial.

5.5. A fruição dos dois meio períodos no mesmo dia, nos termos do ACT vigente, ocorrerá nas seguintes situações:

- apresentação de declaração(ões) com especificação de mais de um turno (matutino e vespertino) coincidente com a jornada de trabalho;

b) quando não houver tempo suficiente para deslocamento até o local de trabalho antes do início do segundo turno da jornada de trabalho, mediante declaração no documento Sei - Formulário de Entrega de Declaração de Saúde.

c) empregados(as) que laboram no período noturno, que utilizem o benefício no período da noite, mediante declaração expressa dessa informação no documento Sei - Formulário de Entrega de Declaração de Saúde.

5.6. O atestado ou declaração de procedimentos e exames preventivos de papilomavírus humano (HPV) e/ou câncer abonará a jornada cadastrada no dia do afastamento, observado o limite de até três dias, a cada 12 meses de trabalho.

6. DA DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA

6.1. Os seguintes dados deverão constar nos atestados médicos ou odontológicos:

- a) Nome do estabelecimento de saúde ou assinatura qualificada (situação em que o nome do estabelecimento pode não constar em documentação).
- b) Nome completo do trabalhador(a).
- c) Data de início do afastamento e especificação, em dias, do tempo concedido de dispensa das atividades laborais.
- d) Data de emissão.
- e) Identificação do(a) médico(a) ou cirurgião(ã)-dentista: nome e CRM/UF ou CRO/UF.
- f) Assinatura qualificada do(a) médico(a) ou cirurgião(ã) dentista, quando documento eletrônico; ou assinatura com número de registro no Conselho Regional de Medicina ou Odontologia, quando manuscrito.
- g) Dados de contato profissional (telefone e/ou e-mail) quando indisponíveis os dados do estabelecimento de saúde.

6.2. Os seguintes dados deverão constar nas declarações de comparecimento em serviço de saúde:

- a) Nome, timbre e endereço do estabelecimento de Saúde.
- b) Nome completo do(a) empregado(a).
- c) Descrição do motivo do atendimento.
- d) Período de atendimento (matutino, vespertino, noturno ou horário inicial e final).
- e) Local e data da emissão.
- f) Assinatura e carimbo da recepção do estabelecimento de saúde ou nome, registro profissional no conselho de classe, assinatura e carimbo ou assinatura digital do(a) profissional que realizou o atendimento.

6.3. Os seguintes dados deverão constar nas declarações de acompanhamento em serviços de saúde:

- a) Nome, timbre e endereço do estabelecimento de Saúde.
- b) Nome completo do(a) dependente que necessitou do acompanhamento.
- c) Nome completo do(a) empregado(a) acompanhante.
- d) Descrição do motivo do atendimento.
- e) Período do atendimento (matutino, vespertino, noturno ou horário inicial e final).
- f) Local e data da emissão.
- g) Assinatura e carimbo da recepção do estabelecimento de saúde ou nome, registro profissional no conselho de classe, assinatura e carimbo ou assinatura digital do(a), profissional que realizou o atendimento.

7. DA APRESENTAÇÃO DE ATESTADOS MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS

7.1. Atividade 1: Apresentação de atestados médicos e odontológicos

Responsável: Trabalhador(a), incluindo empregados(as) da HU Brasil cedidos(as) para outras instituições

Atividades:

7.1.1. Informar o afastamento ao(à) gestor(a) imediato(a) no dia de seu início.

7.1.2. Enviar atestado, em conformidade com o disposto neste POP, em até cinco dias úteis contados a partir da data de início do afastamento, conforme etapas seguintes.

Nota¹: a contagem dos dias úteis tem seu primeiro dia contabilizado no dia útil seguinte à data de início do afastamento.

Nota²: em caso de internação hospitalar, o(a) representante do(a) empregado(a) deverá, em caráter preliminar e provisório, enviar documento oficial do estabelecimento de saúde, em até cinco dias úteis contados a partir da data de início do internamento. No primeiro dia de retorno ao trabalho, o(a) empregado(a) deverá enviar o atestado médico compreendendo o período total de afastamento.

7.1.2.1. Elaborar e-mail para envio do atestado médico ou odontológico no endereço eletrônico institucional, contendo os dados a seguir:

Assunto: Atestado - Nome completo do(a) trabalhador(a)

Encaminhamento, em anexo, atestado médico/odontológico.

Nome completo:

Matrícula/Siape:

Cargo:

Lotação:

7.1.2.2. Anexar atestado ao e-mail.

7.1.2.3. Em caso de atestado sem CID, preencher e anexar também ao e-mail o Anexo I - Questionário de Entrega de Atestado Médico ou Odontológico sem CID.

7.1.2.4. Encaminhar e-mail para o endereço eletrônico específico para essa finalidade, conforme HUF de lotação:

Sede (atestados.sede@hubrasil.gov.br)
CHC UFPR (atestados.chc-ufpr@hubrasil.gov.br)
CH UFC (atestados.ch-ufc@hubrasil.gov.br)
CH UFRJ - HUCFF e IPPMG (atestados.ch-ufrj@hubrasil.gov.br)
CH UFRJ - ME (atestadosme.ch-ufrj@hubrasil.gov.br)
CHU UFPA (atestados.chu-ufpa@hubrasil.gov.br)
HC UFG (atestados.hc-ufg@hubrasil.gov.br)
HC UFMG (atestados.hc-ufmg@hubrasil.gov.br)
HC UFPE (atestados.hc-ufpe@hubrasil.gov.br)
HC UFTM (atestados.hc-uftm@hubrasil.gov.br)
HC UFU (atestados.hc-ufu@hubrasil.gov.br)
HDT UFT (atestados.hdt-uft@hubrasil.gov.br)
HE UFPEl (atestados.he-ufpel@hubrasil.gov.br)
HUAB UFRN (atestados.huab-ufrn@hubrasil.gov.br)
HUAC UFCG (atestados.huac-ufcg@hubrasil.gov.br)
HUAP UFF (atestados.huap-uff@hubrasil.gov.br)
HUB UNB (atestados.hub-unb@hubrasil.gov.br)
HUCAM UFES (atestados.hucam-ufes@hubrasil.gov.br)
HU FURG (atestados.hu-furg@hubrasil.gov.br)
HUGV UFAM (atestados.hugv-ufam@hubrasil.gov.br)
HUJB UFCG (atestados.hujb-ufcg@hubrasil.gov.br)
HUJM UFMT (atestados.hujm-ufmt@hubrasil.gov.br)
HUL UFS (atestados.hul-ufs@hubrasil.gov.br)
HULW UFPB (atestados.hulw-ufpb@hubrasil.gov.br)
HUMAP UFMS (atestados.humap-ufms@hubrasil.gov.br)
HUOL UFRN (atestados.huol-ufrn@hubrasil.gov.br)
HUPAA UFAL (atestados.hupaa-ufal@hubrasil.gov.br)
HUPES UFBA (atestados.hupes-ufba@hubrasil.gov.br)
HUSE UNIRIO (atestado.huse-unirio@hubrasil.gov.br)
HUSM UFSM (atestados.husm-ufsm@hubrasil.gov.br)
HU UFCAT (atestados.hu-ufcat@hubrasil.gov.br)
HU UFGD (atestados.hu-ufgd@hubrasil.gov.br)

HU UFJF (atestados.hu-ufjf@hubrasil.gov.br)
HU UFMA (atestados.hu-ufma@hubrasil.gov.br)
HU UFPI (atestados.hu-ufpi@hubrasil.gov.br)
HU UFRR (atestados.hu-ufrr@hubrasil.gov.br)
HU UFS (atestados.hu-ufs@hubrasil.gov.br)
HU UFSC (atestados.hu-ufsc@hubrasil.gov.br)
HU UFSCar (atestados.hu-ufscar@hubrasil.gov.br)
HU UFSJ (atestados.hu-ufsj@hubrasil.gov.br)
HU UNIFAP (atestados.hu-unifap@hubrasil.gov.br)
HU UNIVASF (atestados.hu-univasf@hubrasil.gov.br)
MCO UFBA (atestados.mco-ufba@hubrasil.gov.br)
MEJC UFRN (atestados.mejc-ufrn@hubrasil.gov.br)

7.1.3. Comparecer à consulta de avaliação com o(a) médico(a) do trabalho ou examinador(a), sempre que convocado(a).

7.1.4. Apresentar relatório médico ou outros documentos de saúde em tempo hábil, caso solicitado para avaliação pelo(a) médico(a) da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (Usost).

7.1.5. Monitorar o registro dos atestados homologados em sua frequência, no Portal do Empregado.

7.1.6. Comparecer para exame de retorno ao trabalho após afastamento por motivo de saúde por período igual ou superior a 30 dias.

7.2. **Atividade 2: Análise e homologação de atestados médicos e odontológicos**

Responsável: Usost

Atividades:

7.2.1. Verificar diariamente a caixa de e-mail da Usost destinada ao recebimento de atestados enviados pelos(as) trabalhadores(as).

7.2.2. Configurar o e-mail institucional para excluir automaticamente mensagens de remetentes não relacionados ao envio de atestados, acessando: Configurações > E-mail > Regras.

Nota: Essa medida contribui para maior eficiência no fluxo de recebimento e processamento dos documentos.

7.2.3. Priorizar a utilização do aplicativo Outlook instalado no equipamento, em vez da versão acessada pelo navegador, visando uma melhor experiência de uso e maior produtividade.

7.2.4. Organizar a caixa de e-mail por meio da criação de pastas e da utilização de categorias, facilitando a gestão, a localização e o acompanhamento das mensagens.

7.2.5. Receber atestados via e-mail, e seguir os procedimentos necessários à homologação, registro e demais encaminhamentos em conformidade com o disposto no [POP.DGP.083 - Diretrizes de homologação de afastamentos por motivo de saúde](#).

7.2.6. Solicitar o preenchimento e encaminhamento via e-mail do Anexo I - Questionário de Entrega de Atestado Médico ou Odontológico sem CID, se for o caso.

7.2.7. Convocar para homologação presencial, quando necessário.

7.2.8. Nos casos de recebimento de atestado via e-mail, emitir mensagem de confirmação de recebimento, com informação de data e horário para homologação, caso necessária, conforme modelos sugeridos a seguir:

a) Nos casos em que não houve identificação de necessidade de comparecimento em avaliação clínica presencial para homologação:

Assunto: Confirmação de recebimento de atestado médico/odontológico

Caro(a) trabalhador(a),

Confirmamos o recebimento de seu atestado e informamos que será realizada análise de conformidade para fins de registro no sistema de gestão de pessoas.

Importante: solicitamos que permaneça atento(a) a este e-mail, pois poderá haver convocação para avaliação clínica com médico(a) do trabalho ou examinador(a).

Atenciosamente,

Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho

b) Nos casos de imediata identificação de necessidade de comparecimento em avaliação clínica presencial para homologação:

Assunto: Confirmação de recebimento/(1ª) Convocação - Homologação de atestado médico/odontológico

Caro(a) trabalhador(a),

Confirmamos o recebimento de seu atestado e informamos que será necessária a avaliação clínica presencial para homologação e registro no sistema de gestão de pessoas.

Comunicamos, abaixo, os dados de agendamento para sua avaliação clínica, cujo comparecimento constitui requisito para homologação do afastamento.

Local:

Data:

Horário:

Solicitamos que, no dia da avaliação, sejam apresentados exames e/ou relatórios médicos atualizados, caso possua.

Importante: em caso de impossibilidade de comparecimento na data e/ou horário indicados, é necessário informar imediatamente à Usost, por meio de resposta a este e-mail ou pelos demais canais de contato disponíveis.

Atenciosamente,

Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho

7.2.9. Nos casos de recebimento de atestado via e-mail, em desacordo com o estabelecido neste POP, emitir mensagem de devolução, conforme modelo sugerido a seguir:

Assunto: Atestado em desacordo com os normativos vigentes.

Caro(a) trabalhador(a),

Informamos que o atestado apresentado está em desacordo com o disposto nas norma e procedimentos internos aplicáveis, conforme a seguir:

Data de início do afastamento:

Data de recebimento do documento:

Motivo da devolução:

fora do prazo de entrega

ilegível/rasurado

ausência de dados obrigatórios [especificar]

atestado referente a procedimentos estéticos, não passível de homologação

outros [especificar]

Importante: O período de providências e ajuste não suspende a contagem do prazo de entrega de 5 dias úteis a partir da data de início do afastamento.

Atenciosamente,

Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho

7.2.10. Realizar o registro de afastamento no sistema de gestão de pessoas em período hábil à homologação da folha de frequência.

7.2.11. Convocar, para exame de retorno ao trabalho, o(a) empregado(a) afastado(a) por motivo de saúde por período igual ou superior a 30 dias.

7.3. **Atividade 3: Monitoramento pela gestão**

Responsável: Gestor(a) imediato(a)

Atividades:

7.3.1. Monitorar o registro de atestados na frequência do(a) trabalhador(a) sob sua gestão, principalmente no período de homologação da folha de frequência.

7.3.2. Encaminhar para exame de retorno ao trabalho junto à Usost, o(a) empregado(a) afastado(a) por motivo de saúde por período igual ou superior a 30 dias.

8. **DA APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÕES DE SAÚDE**

8.1. **Atividade 1: Solicitação de cadastros e apresentação de declarações de saúde**

Responsável: Trabalhador(a)

8.1.1. Solicitar, junto à Unidade de Administração de Pessoal (UAP), o cadastro de dependente, nos termos do Acordo Coletivo de trabalho (ACT) vigente, no sistema de gestão de pessoas, caso necessário.

8.1.2. Enviar declaração de saúde em processo Sei, em conformidade com o disposto neste POP, preenchendo e assinando o documento Sei - Formulário de Entrega de Declaração de Saúde, em até cinco dias úteis contados a partir da data de realização da consulta, exame ou procedimento de saúde.

Nota¹: a contagem dos dias úteis tem seu primeiro dia contabilizado no dia útil seguinte à data de realização da consulta, exame ou procedimento de saúde.

Nota²: Os(As) empregados(as) da HU Brasil cedidos(as) deverão enviar as declarações de saúde por e-mail do respectivo HUF, para fins de homologação e registro do afastamento na Usost.

8.1.3. Comunicar os agendamentos eletivos de consultas, exames e procedimentos de saúde em horários coincidentes com a jornada de trabalho, com antecedência razoável e necessária à reorganização das escalas.

8.1.4. Monitorar o registro das declarações homologadas em sua frequência, no Portal do Empregado.

8.2. **Atividade 2: Análise das declarações de saúde**

Responsável: Usost

Atividades:

8.2.1. Receber declarações de saúde via processo Sei, e seguir os procedimentos necessários ao registro e demais encaminhamentos.

8.2.2. Nos casos de recebimento de declaração de saúde via processo Sei, em desacordo com o estabelecido neste POP, preencher e assinar o documento Sei - Protocolo de Devolução de Declaração de Saúde.

8.2.3. Realizar o registro de afastamento no sistema de gestão de pessoas em período hábil à homologação da folha de frequência.

8.3. **Atividade 3: Monitoramento pela gestão**

Responsável: Gestor(a) imediato(a)

Atividades:

8.3.1. Monitorar o registro de homologação de declarações de saúde na frequência do(a) trabalhador(a) sob sua gestão, principalmente no período de homologação da folha de frequência.

9. **DO CADASTRO DE DEPENDENTES E AJUSTES DE FREQUÊNCIA**

Responsável: UAP

Atividades:

- 9.1. Realizar o cadastro dos(as) dependentes no sistema de gestão de pessoas, mediante solicitação de empregado(a), observadas as diretrizes do ACT vigente.
- 9.2. Realizar ajustes na programação de férias e abonos dos(as) trabalhadores(as) afastados(as) por motivo de saúde, quando necessário e mediante solicitação da Usost, via processo Sei.
- 9.3. Efetuar eventuais ajustes necessários no registro de frequência e na folha de pagamento em face do cadastro de atestado ou declaração de saúde no sistema de gestão de pessoas em período posterior ao fechamento da folha, mediante solicitação da Usost, via processo Sei.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 10.1. Os(As) servidores(as) RJU cedidos(as) para cargos em comissão ou função gratificada na HU Brasil deverão enviar os atestados ou declarações, observando a modalidade de apresentação de cada caso, para fins de registro do afastamento pela Usost, assim como observar o que determina o órgão de origem quanto à homologação de atestados e de declarações de saúde.
- 10.2. Atestados ou declarações com informações incompletas, rasurados ou ilegíveis serão devolvidos para ajustes necessários, não implicando em suspensão do prazo de envio.
- 10.3. Atestados relacionados a procedimentos exclusivamente estéticos não serão homologados nem registrados.
- 10.4. Atestados ou declarações enviados fora do prazo não serão homologados, salvo em situações excepcionais devidamente justificadas, acompanhadas de ciência do(a) gestor(a) imediato(a), e desde que antes da homologação da respectiva folha de frequência.
- 10.5. Os atestados indicam necessidade de afastamento da jornada de trabalho, sendo contabilizados em dia(s) inteiro(s).
- 10.6. É irregular e passível de apuração de responsabilidade a conduta de envio de atestado ou declaração fora do prazo estabelecido, pois impede a homologação tempestiva e o registro do afastamento no sistema de gestão de pessoas em prazo obrigatório, podendo ensejar desconto em folha ao(a) empregado(a) e/ou pagamento de juros e multas relacionados ao eSocial e GFIP à HU Brasil.
- 10.7. É irregular e passível de apuração de responsabilidade o fornecimento de atestado ou declaração de saúde sem que tenha ocorrido consulta, exame ou demais procedimentos relacionados à saúde.
- 10.8. Estabelece-se o prazo de 30 dias a contar da data de assinatura deste POP para adequação das alterações indicadas nesta versão do POP.
- 10.9. O gerenciamento de acesso ao e-mail de recebimento de atestados em cada HUF é de responsabilidade do(a) gestor(a) da Usost junto à área de tecnologia da informação local.
- 10.10. No âmbito da Administração Central, as atividades inerentes à UAP são realizadas pela Coordenação-Geral de Documentação, Registro e Jornada de Trabalho e as da Usost pela Coordenação-Geral de Bem-estar do Trabalhador.

11. REFERÊNCIAS

- 11.1. BRASIL. Decreto-Lei nº 5.452, de 01 de maio de 1943.
- 11.2. BRASIL. Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991.
- 11.3. BRASIL. Norma Regulamentadora nº 07.
- 11.4. CFM. Resolução nº 1.658, de 20 de dezembro de 2002.
- 11.5. CFM. Resolução nº 1.851, de 14 de agosto de 2008.
- 11.6. CFM. Resolução nº 2.381, de 02 de julho de 2024.
- 11.7. HU BRASIL. Acordo Coletivo de Trabalho 2026-2027.

12. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da alteração
01	12/2023	Emissão com revogação do POP.SSOST.015. Revisão de procedimentos de acordo com novo ACT. Responsabilidades e critérios para concessão de abonos.

02	10/2024	Item 7.2.1 - Alteração de prazo para apresentação de atestados e declarações. Item 7.4.5 - Revisão de procedimentos de acordo com ACT vigente. Formatação.
03	11/2025	Ampliação do alcance para servidores(as) cedidos(as) para exercício de cargo em comissão ou função gratificada, quando couber. Alteração das informações que deverão constar em atestados. Alteração do evento para início da contagem do prazo para apresentação de atestados e declarações. Ajuste na redação do texto relacionado às declarações de saúde previstas em ACT. Definição de abono da jornada em casos de rastreamento de câncer, conforme CLT.
04	01/2026	Supressão de itens relacionados ao processo de homologação de atestados por constar em POP específico. Supressão dos itens que estabeleciam prazos mínimos de comunicação de afastamento pelo(a) empregado(a).
05	05/2026	Estabelecimento da modalidade de apresentação digital de atestados e declarações, em atendimento ao ACT vigente. Divulgação dos e-mails para envio dos documentos. Previsão de afastamento para procedimentos e exames preventivos do papilomavírus humano (HPV), em conformidade com a Lei nº 15.377, de 2026)
06	06/2026	Estabelecimento do envio de atestados por e-mail e de declarações por processo Sei. Inclusão das informações a serem enviadas pelos(as) trabalhadores(as) no momento de envio dos atestados e declarações por e-mail. Estabelecimento de prazo para adequação dos novos procedimentos. Reordenação das atividades.

Elaboração

CLÁUDIA SIQUEIRA BESCH

Médica do Trabalho da Coordenação-Geral de Bem-estar do Trabalhador

DÉBORA SANTOS OLIVEIRA

Enfermeira do Trabalho da Coordenação-Geral de Bem-estar do Trabalhador

JAQUELINE FREIRE DOS SANTOS

Enfermeira do Trabalho da Coordenação-Geral de Bem-estar do Trabalhador

Revisão

ÉRICA COELHO DE SÁ RUFINO

Médica do Trabalho da Coordenação-Geral de Bem-estar do Trabalhador

HOSAIAS ALVES DOS PRAZERES SILVA

Coordenador-Geral de Bem-estar do Trabalhador

Validação

MARINA CURI

Gerente-Executiva de Administração de Pessoal

ELOÁ TODARELLI JUNQUEIRA

Gerente-Executiva de Desenvolvimento de Pessoas

Aprovação

LUCIANA DE GOUVÊA VIANA

Diretora de Gestão de Pessoas



Documento assinado eletronicamente por **Luciana de Gouvea Viana, Diretor(a)**, em 15/06/2026, às 19:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



16/06/2026, às 10:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Debora Santos Oliveira, Enfermeiro(a) do Trabalho**, em 16/06/2026, às 10:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jaqueline Freire dos Santos, Enfermeiro(a) do Trabalho**, em 16/06/2026, às 10:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marina Curi, Gerente Executivo(a)**, em 16/06/2026, às 14:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Eloa Todarelli Junqueira, Coordenador(a)**, em 16/06/2026, às 15:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Érica Coelho De Sa Rufino, Médico(a) do Trabalho**, em 16/06/2026, às 15:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Siqueira Besch, Médico(a) do Trabalho**, em 16/06/2026, às 15:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **61849483** e o código CRC **33926A1C**.

Referência: Processo nº 23477.023441/2023-83 SEI nº 61849483

Anexo I - Questionário de Entrega de Atestado Médico ou Odontológico sem CID

1. Descreva brevemente o motivo deste afastamento:		
	Sim	Não
2. Este atestado tem relação com alguma dor em articulação (junta), nas costas ou no pescoço? 2.a) Se sim, em qual lugar do corpo você está sentindo dor (ex.: <i>coluna cervical, lombar, ombro, quadril</i>)?	-	-
3. Este atestado tem relação com algum ferimento, torção, fratura ou acidente (de carro, queda)? 3.a) Se sim, descreva a sua lesão (ex.: <i>corte, hematoma, queimadura, torção, fratura</i>) e a localização no seu corpo (ex.: <i>braço, perna, barriga; lado direito ou esquerdo</i>):	-	-
3.b) Descreva o que aconteceu (como foi o acidente):	-	-
3.c) O acidente ocorreu no local de trabalho?		
3.d) O acidente ocorreu enquanto você vinha ou voltava do trabalho para sua casa?		
3.e) O acidente ocorreu no seu intervalo de jornada de trabalho?		
4. Seu atestado foi para repouso após cirurgia? 4.a) Se sim, especifique a cirurgia e/ou a doença:	-	-
5. Seu atestado foi para consulta ou exames de rotina de pré-natal? 5.a) Se sim, qual a idade gestacional?	-	-
6. Seu atestado foi para alguma consulta ou exame? 6.a) Se sim, especifique o tipo e o motivo (ex.: <i>endoscopia por dor no estômago, consulta com cardiologista por hipertensão</i>):	-	-
<p><i>Estou ciente de que a homologação do meu atestado depende de avaliação da medicina do trabalho e, para tal, poderei ser convocado para avaliação presencial.</i></p> <p><i>Estou ciente também de que é vedado prover informações ou dados falsos com a finalidade de vantagem pessoal ou salarial, conforme estabelece o Código de Ética e Conduta da Ebserh.</i></p>		
<p>Local: _____, Data: ____/____/____.</p> <p>Nome Completo: _____ Matrícula: _____</p> <p>Lotação: _____ Cargo: _____</p> <p>Data de emissão do atestado: _____ Data de início do afastamento: _____</p> <p>Assinatura: _____</p>		