



DECRETO Nº 1286/2017 DE 17/03/2017

"Dispõe sobre: Estabelece prazo para a entrega de atestados médicos."

CHRISTIAN FUZIKI IKEDA, Prefeito do Município de Euclides da Cunha Paulista, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais,

CONSIDERANDO a necessidade de regulamentação de aspectos relacionados aos atestados médicos aos Servidores Municipais;

CONSIDERANDO que a ausência da entrega de atestados médicos por vários dias causa prejuízo para o erário público;

DECRETA:

Artigo 1º – Fica Decretado que a entrega de atestado deverá ser efetuado nas seguintes formas:

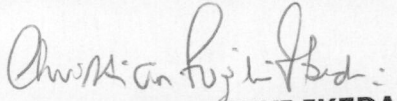
- I- Os atestados médicos ou odontológicos deverão ser entregues diretamente à chefia imediata através de protocolo, conforme formulário constante no anexo I, no prazo de 48 (quarenta e oito horas).
- II- A chefia imediata terá o prazo de 48 (quarenta e oito) horas para remeter cópia do protocolo juntamente com cópia do atestado ao Departamento de Recursos Humanos.
- III- Excepcionalmente, na impossibilidade de comparecimento, o servidor deverá enviar o atestado juntamente com o formulário constante no anexo I para ser protocolado na chefia imediata no prazo de 48 (quarenta e oito) horas;

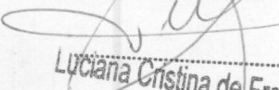
Artigo 2º - A inobservância das determinações ora estabelecidas implicará na nulidade do atestado e conseqüentemente o lançamento de falta ao servidor.

Artigo 3º - Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de Euclides da Cunha Paulista, os 17 dias do mês de Março de 2017.

CERTIFICO E DOU FÉ QUE
EM 17/03/17 PUBLIQUEI
NO MURAL O PRESENTE
EXPEDIENTE


CHRISTIAN FUZIKI IKEDA
Prefeito Municipal


Luciana Cristina de Freitas

RG. 24.312.081-3/SSP/SP



PREFEITURA MUNICIPAL DE EUCLIDES DA CUNHA PAULISTA

CNPJ 67.662.437/0001-61

FONE/FAX: (**18) 3283-1121 E-mail: prefeitura@euclidesdacunha.sp.gov.br

Av Antonio Joaquim Mano, 02 - CEP 19.275-000 - EUCLIDES DA CUNHA PAULISTA - São Paulo.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE ATESTADO MÉDICO.

1. Identificação do servidor

Nome: _____

Cargo: _____

Celular: _____

Endereço residencial: _____

Município: _____ CEP: _____

2. Identificação do Órgão

Nome da secretaria: _____

Unidade de trabalho: _____

Data: ___/___/____. Horário: _____.

Assinatura do Servidor

Assinatura do chefe Imediato

Carimbo da Unidade de Trabalho