COMUNICADO DE AFASTAMENTO PARA TRATAMENTO DE SAÚDE OU ACOMPANHAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA

DADOS DO SERVIDOR		
Nome:		**Matrícula:**
RG:	**Órgão Expedidor:**	**CPF:**
Secretaria:	**Lotação:**	
Cargo:	**Vínculo:**	**Telefone:**
Endereço:		

FINALIDADE DO COMUNICADO

( ) **Licença para tratamento de saúde**
( ) **Licença para acompanhamento de pessoa da família**

Nome:_____
Grau de Parentesco: **Data de Nascimento:** ___/____/_____
Sexo: ( ) **M** ( ) **F**

Obs: Anexar documento comprovando grau de parentesco.

JUSTIFICATIVA DO COMUNICADO

( ) **Procedimento Cirúgico:**_____
( ) **Exames:**_____
( ) **Internação:**_____
( ) **Outros:**_____

LOCAL DO PROCEDIMENTO	
Hospital/Clínica:	
Data:	
Cidade/Estado:	

DATA E ASSINATURA DO COMUNICANTE

Rondonópolis/MT, de de 202____

ASSINATURA