



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO DE PESSOAS
Departamento de Saúde Ocupacional e Perícia Médica - DESOPEM

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 Cirúrgico: _____
 Exames: _____
 Internação: _____
 Outros: _____

LOCAL DO PROCEDIMENTO

Hospital/Clínica	
Data	
Cidade/Estado	

DATA E ASSINATURA DO COMUNICANTE

Rondonópolis/MT, de _____ de 202__.

ASSINATURA