FORMULÁRIO 12 - LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

ENCAMINHAMENTO DE ATESTADO MÉDICO PARA PERÍCIA MÉDICA OFICIAL
Órgão:
Nome do (a) Servidor (a):
Cargo ou função: SIAPE nº:
CPF:
Local de Lotação:
Endereço do(a) Servidor(a):
Telefone para contato:
E-mail:
Licença por Doença em Pessoa da Família: ( ) Sim ( ) Não Nome do Familiar:_____ Grau de Parentesco:_____
A licença Médica solicitada: ( ) Inicial Período de __/__/_____ até __/__/_____ nº de dias; _____ ( ) Prorrogação: Inicio da licença __/___/____ Término da licença: ___/___/____ Porto Velho/RO__/__/_____ _____ Assinatura e Carimbo do Chefe Imediato
Observação Anexar atestado médico constando a identificação do servidor, identificação do profissional emitente e de seu registro em conselho de classe, data de emissão do documento, o Código da Classificação Internacional de Doenças (CID) ou diagnóstico e o tempo provável de afastamento, de forma legível.