



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

| DADOS DO SERVIDOR                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------|
| Nome:                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          | Matrícula: |
| CPF:                                                                                                                                                                                                                                                                                   |          |            |
| Secretaria:                                                                                                                                                                                                                                                                            | Lotação: |            |
| Cargo:                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Vínculo: | Telefone:  |
| Endereço:                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |            |
| FINALIDADE DO COMUNICADO                                                                                                                                                                                                                                                               |          |            |
| <input type="checkbox"/> Licença para tratamento de saúde<br><input type="checkbox"/> Licença para acompanhamento de pessoa da família<br><br>Nome: _____<br>Grau de Parentesco: _____ Data de Nascimento: ____/____/____<br><br>Obs: Anexar documento comprovando grau de parentesco. |          |            |
| JUSTIFICATIVA DO COMUNICADO                                                                                                                                                                                                                                                            |          |            |
| <input type="checkbox"/> Procedimento Cirúrgico: _____<br><input type="checkbox"/> Exames: _____<br><input type="checkbox"/> Internação: _____<br><input type="checkbox"/> Outros: _____                                                                                               |          |            |
| LOCAL DO PROCEDIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |            |
| Hospital/Clínica:                                                                                                                                                                                                                                                                      |          |            |
| Data:                                                                                                                                                                                                                                                                                  |          |            |
| Cidade/Estado:                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |            |
| DATA E ASSINATURA DO COMUNICANTE                                                                                                                                                                                                                                                       |          |            |
| Rondonópolis/MT,        de        de 20____                                                                                                                                                                                                                                            |          |            |
| ASSINATURA                                                                                                                                                                                                                                                                             |          |            |