FORMULÁRIO 15 - 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 do responsável pelo recebimento do atestado |
| **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. O CID é opcional, porém na ausência do mesmo o servidor deverá obrigatoriamente passar por perícia médica |