



JUNTA MÉDICA OFICIAL DO MUNICÍPIO

LAUDO MÉDICO

LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA OU DEPENDENTE

Nome do servidor: **ALBERTO JURACY PESSOA SOBRINHO**
CPF: **346.177.604-15**
Cargo: **AGENTE DE COMBATE DE EDEMIA – EFETIVO**
Data de Admissão: **03/07/2008**
Lotação: **SECRETARIA MUNICIPAL DE COMUNICAÇÃO**

DN: **02/12/1961**

Identificação do Familiar / Dependente

Nome do Examinado: **MARIA DE LOURDES MACHADO PESSOA**
Grau de Parentesco: **ESPOSA**
Data de Nascimento: **10/01/1964**

Considerando o exame pericial realizado em 25/02/2021, concluímos que:

(X) O examinado é portador de enfermidade cujo tratamento requer a assistência do servidor, que não poderá ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo ou mediante a compensação de horário.

() O examinado não necessita de acompanhamento do servidor por motivo de doença em pessoa da família.

Período de afastamento: **22/02/2021 a 24/03/2021**

Número de dias de afastamento: **30 dias.**

CID: **Z76.3**

Deverá retornar ao serviço ao final da licença? (X) Sim () Não

Deverá retornar para reavaliação ao final da licença? () Sim (X) Não

Se sim:

Data prevista para reavaliação: ____/____/____

Base Legal: Artigo 81 da Lei Municipal n.º 385/2003/Estatuto dos Servidores Públicos

Águas Lindas de Goiás, 25 de fevereiro de 2021.

OBSERVAÇÃO: CONSIDERAR APENAS OS DIAS 22 E 23 DE FEVEREIRO DESTE ATO DE HOMOLOGAÇÃO, DEVIDO A ESPOSA DO SERVIDOR, ALBERTO JURACY PESSOA SOBRINHO TER FALECIDO NA DATA DE 24/02/2021. CONTANDO-SE DESTA, 08(OITO) DIAS CONSECUTIVOS COMO LICENÇA NOJO.

Médico

Médico

Dr. Marco Aurélio Mendes
Ortopedista e Traumatologista
CRM-OR 21955 / CRM-GO 23116
Médico