

JUNTA MÉDICA

Rodovia BR 242, KM 405, S/Nº. - Caixa Postal nº. 410 - 77.410-970 – GURUPI-TO (63)3301-4343.

FORMULARIO PARA REQUERIMENTO – DECRETO COVID 19

Nome		CPF
Endereço		Cidade
Email		Telefone
Cargo/Função		Órgão/Secretaria
GRUPO		
[] Idoso na acepção legal do termo, por contar com idade igual ou superior a 60 anos;		
[] Gestantes		[] Lactantes
[] Portadores de doenças respiratórias crônicas, cardiopatias, diabetes, hipertensão e portadoras de doenças renais, bem como pessoas que fazem uso de medicamentos imunossupressores		
Local	Data	_____
_____	__/__/____	Assinatura do Interessado
CHEFIA IMEDIATA		
Autoriza trabalho remoto e/ou de forma isolada conforme Decreto Municipal Nº 0158/2021 (COVID 19)		
Local	Data	_____
_____	__/__/____	Assinatura do (a) do responsável pela validação administrativa com carimbo
JUNTA MÉDICA		
[] Gestante [] Lactante [] Idoso		_____
[] Portador de Doença		Assinatura (Médico Responsável)
Local	Data	_____
_____	__/__/____	Assinatura (Médico Responsável)
[] DEFERIDO [] INDEFERIDO		_____
		Assinatura (Médico Responsável)
CHECKLIST (DOCUMENTAÇÃO)		
IDOSO	Carteira de Identidade (RG) ou documento equivalente	
GESTANTE	Carteira de Identidade (RG), Exame Beta HCG ou Ultrassom ou outros documentos que comprovem	
LACTANTE	Certidão de Nascimento ou RG e CPF da criança e documento de identidade da mãe	
PORTADOR DE DOENÇA	Laudo Médico Exames Receituários dentre outros que forem pertinentes a efetiva comprovação	