**ANEXO V**

**Apresentação de Documentação Comprobatória de Tratamento**

**De (Nome do requerente)**

**A Comissão Interna de Readaptações e Licenças (CIRELI)**

Eu, [Nome Completo do Servidor], matrícula nº [Número da Matrícula], atualmente em posição de readaptação funcional, no cargo [Cargo] conforme as disposições legais vigentes, venho por meio deste apresentar a documentação comprobatória mensal referente ao tratamento médico que estou realizando, mediante o(s) seguinte(s) anexo(s):

**Cópias de Notas Fiscais e Cupons Fiscais**:

*(Listar medicamentos adquiridos, incluindo data de compra e nome do estabelecimento.)*

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Declarações de Comparecimento**:

*(Listar declarações de comparecimento a consulta(s) médica(s), realização de exame(s) e/ou participação em tratamento(s), especificando data, além de nome da clínica, laboratório ou hospital)*

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Compromisso de Continuidade de Tratamento:**

Declaro que continuo cumprindo integralmente o tratamento prescrito, conforme as orientações da junta médica oficial ou do profissional de saúde responsável pelo meu caso. Comprometo-me a manter a regularidade dos tratamentos prescritos e a apresentar mensalmente esta documentação.

Local e Data:

**[Assinatura do Servidor]**

**[Nome de Servidor]**