



PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA
BALNEÁRIA DE PERUIBE
MEDICINA DO TRABALHO

REQUERIMENTO
DE
LICENÇA MÉDICA

| | | |
|---|---|---|
| 1. R E Q U E R E N T E | NOME: _____ | |
| | MATRÍCULA: _____ | DATA DE NASCIMENTO: _____ |
| | CPF: _____ | RG: _____ |
| | ENDEREÇO: _____ | |
| | BAIRRO: _____ | CIDADE: _____ UF: _____ |
| | CEP: _____ | TELEFONES: () _____ () _____ |
| | DATA: ____ / ____ / ____ | LOCAL DE TRABALHO: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Licença para Tratamento de Saúde | <input type="checkbox"/> Licença p/ motivo de doença em pessoa da família |
| <input type="checkbox"/> Licença Gestante | <input type="checkbox"/> Prorrogação | |
| _____ | | |
| Assinatura do Requerente | | Assinatura da Chefia Imediata |
| 2. S E S M T | Informações sobre a Perícia Médica | |
| | <input type="checkbox"/> A PEDIDO | <input type="checkbox"/> EX-OFFICIO |
| | Comparecer na Medicina do Trabalho para submeter-se a exame médico pericial. | |
| | Em: ____ / ____ / ____ | _____ |
| Assinatura do Requerente | | Assinatura e Carimbo do funcionário |
| 3. P M É R D Í C C I A A | <input type="checkbox"/> Favorável à concessão de _____ (_____) dias | |
| | <input type="checkbox"/> Afastamento a partir de ____ / ____ / ____ | |
| | <input type="checkbox"/> Contrária à concessão da licença: | |
| | <input type="checkbox"/> Passível de Readaptação: | |
| | <input type="checkbox"/> Portador de incapacidade permanente para a função pública: | |
| | Observações: _____ | |
| _____ | | |
| Assinatura e Carimbo do Médico do Trabalho | | |
| 4. R H E U C M U A R N S O S | De acordo com o laudo médico, tomo ciência da licença médica concedida | |
| | Em: ____ / ____ / ____ | _____ |
| | Assinatura e Carimbo do funcionário | |
| | Observações: _____ | |
| | _____ | |

OBS: ANEXAR ATESTADO MÉDICO ORIGINAL