



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