

Secretaria
Municipal
de Saúde



PREFEITURA DA
ÁGUA PRETA
TRABALHANDO POR VOCÊ!

1 DATA DE RECEBIMENTO NO RH

____/____/____

ASSINATURA DO RECEBEDOR

PEDIDO DE LICENÇA MÉDICA

2

DADOS DO SERVIDOR

NOME:

CARGO/FUNÇÃO:

MATRÍCULA:

Nº DE IDENTIDADE:

ORGÃO EXPEDIDOR:

UF:

CPF:

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

TELEFONE:

SECRETARIA:

VINCULO:

ESTATUTARIO COMISSIONADO CONTRATO

LOCAL DE TRABALHO:

3

REQUERIMENTO

REQUER AO EXMº Sr.(a) SECRETÁRIO(a) DE ADMINISTRAÇÃO

LICENÇA MÉDICA PARA TRATAMENTO DE SAUDE

LICENÇA MATERNIDADE

LICENÇA MÉDICA PARA ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

PELO PERÍODO DE _____ (_____) DIAS CORRESPONDENTES À

LICENÇA INICIAL A PARTIR DE ____/____/____

LICENÇA PRORROGAÇÃO A PARTIR DE ____/____/____

Pede Deferimento.

Local: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) Requerente

4

ANOTAÇÃO - UNIDADE DE TRABALHO

O FUNCIONÁRIO COMEÇOU A FALTAR EM ____/____/____

CONFIRMO A QUALIFICAÇÃO FUNCIONAL DO REQUERENTE

Local: _____

Data: ____/____/____

Assinatura da Chefia e o Carimbo

5	PARECER – Divisão de Licenças Médicas	
LAUDO Nº		
MEMBROS DA JUNTA (Assinatura e Carimbo)		
1-	CRM	
2-	CRM	
3-	CRM	
LOCAL:		Data: ___/___/___
6	DESPACHO - PRESIDENTE DA JUNTA MÉDICA	
7	ANOTAÇÃO – DIRETORIA DE RECURSOS HUMANOS	
<p data-bbox="97 1771 754 1798">ANOTADO NA FICHA FUNCIONAL EM: ___/___/___</p> <p data-bbox="248 1957 603 1984">Assinatura do Agente Recebedor</p> <p data-bbox="1166 1957 1270 1984">Matrícula</p>		