



REQUERIMENTO DE LICENÇA

Preenchimento pelo servidor

Nome:		Sexo:
Setor de Lotação:	Matrícula:	Cargo:
Endereço Residencial:		Telefone:

Requer que lhe seja concedida respectiva licença:

- Tratamento de Saúde
 Doença em Pessoa da família, a seguir identificada:

Nome:	
Residência:	Telefone:

Local e Data:	Assinatura do servidor:

Preenchimento pela chefia

Setor de Origem	Último dia de trabalho	Visto da Chefia Imediata
Observações da chefia de interesse da perícia		

SETOR MÉDICO

Homologo o Laudo Médico Pericial propondo:	
<input type="checkbox"/> Indeferir a petição do servidor	
Conceder ao servidor a licença:	
<input type="checkbox"/> para tratamento de saúde por.....(.....)dias, a partir de...../...../.....	
<input type="checkbox"/> por motivo de doença em pessoa da família por(.....)dias, a partir de...../...../.....	

OBS.:

Local e data:	Assinatura e carimbo da chefia médica:

SETOR DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO SERVIDOR

<input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido. Ciente do servidor.

Local e Data:	Assinatura da Assistência à Saúde do Servidor