



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE CARIACICA

REQUERIMENTO LICENÇA MÉDICA – SERVIDOR (A) ESTATUTÁRIO

1. Identificação do (a) Servidor (a)

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Nome da Mãe: _____

Idade: _____ Data de Nasc.: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Endereço : _____

Bairro: _____ CEP.: _____ Município: _____

Telefone: _____ E-mail.: _____

Cargo: _____ Função: _____

2. Identificação da Secretaria/Local de Trabalho

Secretaria : _____ Matrícula (s): _____ / _____

Local de Trabalho: _____

Telefone: _____ Horário de trabalho: _____

Possui Vínculo em outro município: () sim () não

Em caso de sim, qual município? _____ Em que horário: _____

3. Informações sobre a licença

Tratamento de Saúde () Próprio () Em pessoa da Família (Licença Acompanhamento)

Se em pessoa da família mencionar o parentesco: _____

() Licença Saúde
() Licença Maternidade
() Licença Acompanhamento
() Licença Adotante
() Licença Lactação
() Acidente de Trabalho () Com afastamento () Sem afastamento

Atenção Servidor (a)

Ao referido requerimento deve ser anexado o atestado/laudo médico original, contendo: CID, carimbo com o nome, especialidade e CRM do médico assistente, assinatura e data, período de afastamento, por extenso. A prorrogação de licença com prazo superior a 30 (trinta) dias deverá ser concedida por Junta médica.

Declaro estar ciente dos procedimentos necessários descritos no presente requerimento para a avaliação médico pericial.

Data: ____/____/____.

_____ **Assinatura do Servidor (a)**