PEDIDO DE LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMILIA

**(Não receber sem Declaração/Atestado Médico)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME DO REQUERENTE** | | | | | | | | | | | | **MATRÍCULA** | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | |
| ENDEREÇO | | | | | | | | CEP | |  | | TELEFONE | | | |
|  | | | | | | | | | | Nº |  |  | | | |
| COMPLEMENTO | | | | | BAIRRO | | | | | | | **NOVO ENDEREÇO** | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |  | SIM |  | NÃO |
| CARGO | | | | | | | | | | | NÍVEL | SÍMBOLO | | | |
|  | | | | | | | | | | |  |  | | | |
| LOTAÇÃO | | | | | | | | | | | **VISTO CHEFIA IMEDIATA** | | | | |
|  | | | | | | | | | | | Carimbo e Assinatura do responsável | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **ANEXAR DECLARAÇÃO/ ATESTADO MÉDICO** | | | | | | | | | | |
| Ilmo. Sr. Diretor Administrativo, tendo anexado a documentação necessária, vem mui respeitosamente solicitar a V.Sra, a concessão do pedido, constante do presente requerimento.  LOCAL de de  Assinatura do Requerente | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SEÇÃO DE SERVIÇOS INTEGRADOS DE SAÚDE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comunico a V.Exa. que o(a) funcionário(a), de acordo com o exame a que se submeteu DEVE: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | continuar em exercício | | | | |  | | Ser encaminhado(a) à PERÍCIA MÉDICA | | | | | | |
|  | | ser afastado(a) por dias das suas atividades a partir de / / | | | | |  | | reassumir em / /\_ | | | | | | |
| **Fundamento do Parecer:** | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| LOCAL de de | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Indefiro | |  | Deferido | O pedido do(a) requerente a vista do parecer deste Setor Médico | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | LOCAL de de | | | | | | | | |
| **DIVISÃO DE GESTÃO DE PESSOAS – ANOTAÇÕES DO AFASTAMENTO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| A Divisão de Recursos Humanos tomou nota do afastamento do servidor, e aguarda resultado da PERÍCIA MÉDICA. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Carimbo e Assinatura do responsável | | | | | | | LOCAL de de | | | | | | | | |
| **DIVISÃO DE GESTÃO DE PESSOAS – ASSENTAMENTO FINAL** | | | | | | | | | | | | | | | |
| O pedido do(a) requerente tem apoio no art. nº da Lei XXXXXXX 9NOME DA LEI) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Carimbo e Assinatura do responsável | | | | | | | LOCAL de de | | | | | | | | |

fonte: TCE PIAUI