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