



REQUERENTE:

| | | | |
|---|------------|--------------------------|--|
| NOME: | | MATRÍCULA: | |
| CARGO: | | | |
| LOTAÇÃO | DIRETORIA: | | |
| | GERÊNCIA: | | |
| <p>O servidor acima identificado, solicita pela presente, que a chefia imediata proceda ao agendamento para avaliação pericial junto à Gerência de Perícia Médica, a fim de comprovar a necessidade de:</p> <p><input type="checkbox"/> LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE;</p> <p><input type="checkbox"/> LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DE PESSOA DA FAMÍLIA;</p> <p><input type="checkbox"/> LICENÇA GESTAÇÃO;</p> <p><input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO FUNCIONAL;</p> <p><input type="checkbox"/> OUTROS.</p> | | | |
| Florianópolis, ____/____/____. | | _____ | |
| | | ASSINATURA DO REQUERENTE | |

ORIGEM:

| | | | |
|--|---|-------------------------------|-------------------------|
| DATA INÍCIO AFASTAMENTO: ____/____/____ | DATA TÉRMINO AFASTAMENTO: ____/____/____ | ASSINATURA CHEFIA IMEDIATA: | DATA: ____/____/____ |
| DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____ | HORÁRIO DO ATENDIMENTO: ____:____ | RESPONSÁVEL PELO AGENDAMENTO: | |

GERÊNCIA DE PERÍCIA MÉDICA:

| | |
|-------------------------|---------|
| CONCEDIDO: | |
| DATA: ____/____/____ | PERITO: |