



PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE SÃO ROQUE

ESTADO DE SÃO PAULO

Protocolo nº _____

Data: ____/____/____

Visto/RH _____

REQUERIMENTO PARA ATESTADOS MÉDICOS SUPERIORES A 01 DIA

Matr.:	Nome:		
Cargo/emprego:			
Regime:	Local de Trabalho:		
Endereço:		Bairro:	
Cidade:		Telefone:	

O(a) servidor(a) acima qualificado, vem requerer o seguinte:

- 01) Licença médica, conf. atestado Médico anexo....._____ a partir de ____/____/____
- 02) Lic. para acompanhamento de familiar doente....._____ dias a partir de ____/____/____
- 03) Licença à gestante.....**120 dias** a partir de ____/____/____
- 04) Licença paternidade.....**05 dias** a partir de ____/____/____
- 05) Licença casamento.....**05 dias** a partir de ____/____/____
- 06) Licença luto....._____ dias a partir de ____/____/____
- 07) Pagamento de salário-família ref.____ dependentes.....a partir de ____/____/____
- 08) Jurado(a)/ à disposição da Justiçaa partir de ____/____/____
- 09) Intimação judicial.....a partir de ____/____/____
- 10) Doação de sangue a partir de ____/____/____

Observações:

- Item **02** – Identificar o parentesco do familiar doente - _____ (obrigatório)
- Item **06** – Identificar o parentesco do familiar falecido - _____ (obrigatório)

Nestes termos, pede deferimento.

São Roque, ____ de _____ de _____

_____ assinatura do servidor

Comprovante de Recebimento

Declaro, que nesta data, recebi o pedido de licença comprovado em documento anexo.

Data

Assinatura e carimbo do responsável (exceto no item 7)

____/____/____

SERVIÇO MÉDICO

Item 01 e 11 – Licença p/tratamento de saúde e/ou Doação de Sangue

- [] Defiro o pedido de licença
- [] Indeiro o pedido de licença
- [] Inspeção médica, relatório anexo.

Item – 02 – Acompanhamento de familiar doente:

- [] Defiro o pedido de licença
- [] Indeiro o pedido de licença
- [] Inspeção médica, relatório anexo.

Motivo do indeferimento

.....

.....

.....

.....

.....

Data

Assinatura do médico

Carimbo do Médico