



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; <input type="checkbox"/> LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DE PESSOA DA FAMÍLIA; <input type="checkbox"/> LICENÇA GESTAÇÃO; <input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO FUNCIONAL; <input type="checkbox"/> OUTROS.</p> <p>Florianópolis, ____/____/____.</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">ASSINATURA DO REQUERENTE</p>			

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: