



Prefeitura Municipal de Indaiatuba

ESTADO DE SÃO PAULO

**SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
DIVISÃO MEDICINA DO TRABALHO**

PEDIDO DE INSPEÇÃO MÉDICA

Nome.....:	Telefone:
Local de Exame..:	
Cargo.....:	Lotação:
Departamento.....:	

AO SERVIÇO MÉDICO

Solicitamos submeter ao exame médico o servidor acima indicado, atestando se o mesmo se encontra impossibilitado ou não de comparecer ao serviço, e, em caso afirmativo, por quantos dias. Se a licença for concedida, deverá ser contada a partir do dia ____ de _____ de ____

Indaiatuba, ____ de _____ de ____.

Autoridade Competente

ATESTADO

Atesto que _____

Encontra-se enfermo _____

Necessitando de ____ (_____) dias de licença para tratamento.

Médico

ÓRGÃO DE LOTAÇÃO DO SERVIDOR

Anotado no controle de ponto.

Indaiatuba, ____ de _____ de ____.

Funcionário Encarregado

PERÍCIA MÉDICA

Comparecer para avaliação médica em: ____/____/____ às ____:____ horas.

Favor trazer laudo/relatório médico, raio x, receitas, exames complementares, se houver.

Indaiatuba, ____ de _____ de ____.

Medicina do Trabalho

MEDICINA DO TRABALHO

Concedo ao servidor ____ dias de licença. Dia ____/____/20____ Ao dia ____/____/20____ Indaiatuba, ____ de _____ de ____.	Não concedo licença. Vide fundamento no verso. Comunicar ao órgão de lotação do servidor para alteração no controle de ponto. Indaiatuba, ____ de _____ de ____.
_____	_____
Médico do Trabalho	Médico do Trabalho