Instituto de Recursos Humanos de Pernambuco
Coordenadoria de Recursos Humanos
Departamento de Perícias Médicas
e Segurança do Trabalho

1

(ETIQUETA)

PEDIDO DE LICENÇAS MÉDICAS

2 DADOS DO SERVIDOR

NOME:			MATRÍCULA:
CARGO/FUNÇÃO:			SIMBOLO/NÍVEL/PADRÃO:
Nº DE IDENTIDADE:	ORGÃO EXPEDIDOR:	UF:	CPF:
SECRETARIA:			VINCULO: CLT ☐ EST ☐
UNIDADE DE TRABALHO:			TELEFONE DO TRABALHO
ENDEREÇO RESIDENCIAL:			
			TELEFONE RESIDENCIAL:

3 REQUERIMENTO

REQUER AO EXMº Sr. SECRETÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO E REFORMA DO ESTADO

LICENÇA MÉDICA PARA TRATAMENTO DE SAUDE ☐

LICENÇA MATERNIDADE ☐

LICENÇA MÉDICA PARA ACOMPANHAMENTO FAMILIAR ☐

PELO PERÍODO DE_____(_____) DIAS CORRESPONDENTES À

LICENÇA INICIAL ☐ A PARTIR DE _____/_____/_____

LICENÇA PRORROGAÇÃO ☐ A PARTIR DE _____/_____/_____

Pede Deferimento.

Local:_____ Data: _____/_____/_____

_____
Assinatura do(a) Requerente

4 ANOTAÇÃO - UNIDADE DE TRABALHO

O FUNCIONÁRIO COMEÇOU A FALTAR EM _____/_____/_____

CONFIRMO A QUALIFICAÇÃO FUNCIONAL DO REQUERENTE

Local:_____ Data: _____/_____/_____

_____
Assinatura da Chefia e o Carimbo

Ref. 077

5	PARECER – Divisão de Licenças Médicas

LAUDO Nº

MEMBROS DA JUNTA (Assinatura e Carimbo)

1-

2-

3-

Data:____/____/____

_____
Assinatura do Conferente e Carimbo

_____
Assinatura do Gerente do Departamento

Data:____/____/____

6	ANOTAÇÃO – ÓRGÃO SETORIAL DE PESSOAL

PUBLICADO NO DÍARIO OFICIAL EM: _____/_____/_____

ANOTADO NA FICHA FUNCIONAL EM: _____/_____/_____

_____
Assinatura do Gerente do Departamento

_____
Matrícula