



Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Administração
Superintendência de Medicina e Segurança do Trabalho
FORMULÁRIO/REQUERIMENTO PARA AGENDAMENTO/REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA E PSICOSSOCIAL

Nome completo: Kevin Verdolin Carvalho		CPF: 018.760.876-84
Cargo/Função: Auxiliar Administrativo		Órgão (lotação): Secretária de Saúde
Mat. 1º cargo: 1568553		Mat. 2º cargo:
Unid. (lotação) 1º cargo: Farmácia Ressaca II		Unid. (lotação) 2º cargo:
Sit. funcional: <input type="checkbox"/> Efetivo(a) <input type="checkbox"/> Comissionado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Contratado(a) <input type="checkbox"/> Outros: _____		
Telefone: 31998154187		E-mail: kverdolincarvalho@gmail.com
Assinale abaixo o Tipo de Perícia Médica: *ATENÇÃO! Para cada Requerimento/solicitação assinale apenas um único tipo de Perícia Médica a ser realizada.		Assinale abaixo o melhor período p/ agendamento:
* Perícia Médica – Atestado de 01 a 03 dias (anexar documentação - Atestado - obrigatório) <input checked="" type="checkbox"/> Agendamento Data de início do atestado <u>28</u> / <u>09</u> / <u>2023</u> <i>*Caso "Doença Respiratória (COVID 19)" é obrigatório o envio também do resultado de exame.</i>		
* Perícia Médica – Atestado de 04 a 15 dias. <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Agendamento Data de início do atestado ____/____/____ <i>*Caso "Doença Respiratória (COVID 19)" é obrigatório o envio do atestado médico e resultado de exame.</i>		
* Perícia Médica – Atestado acima 15 dias. <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Agendamento Data de início do atestado ____/____/____		
* Perícia Médica – Acidente de trabalho. <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Agendamento Data de início do atestado ____/____/____ (anexar documentação CAT - obrigatório)		
<input type="checkbox"/> Licença p/ Acompanhamento - serviço p/ servidores efetivos. <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <i>* Assinale o tipo a seguir:</i> <input type="checkbox"/> Perícia médica de 01 a 03 dias (anexar atestado e documentação – obrigatório) <input type="checkbox"/> Perícia médica acima de 04 dias <i>* Data de início do atestado ____/____/____</i> <i>* Grau de parentesco do(a) acompanhado(a): _____</i>		
* Restrição Médica. <input type="checkbox"/> 1ª Restrição. <input type="checkbox"/> Reavaliação da Restrição Médica.		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
* Licença Maternidade. <input type="checkbox"/> Agendamento		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
<input type="checkbox"/> Reagendamento – Perícias Médicas e Social.		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
ASSINALE O TIPO A SEGUIR: <input type="checkbox"/> Licença para acompanhamento <input type="checkbox"/> Licença maternidade <input type="checkbox"/> Perícia médica de 01 a 03 dias <input type="checkbox"/> Perícia médica de 04 a 15 dias <input type="checkbox"/> Perícia médica acima de 15 dias <input type="checkbox"/> Perícia médica – Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Restrição médica Atenção: é obrigatório anexar juntamente com o requerimento a documentação comprobatória conforme art. 4º, § 7, Decreto Municipal 679, de 15/09/2022 e alterações do Decreto Municipal nº 808, de 18/01/2023.		
REQUISITOS:		
1. Formulário/requerimento específico preenchido e documentos exigidos conforme Decreto 679 de 15 de setembro de 2022 e alterações do Decreto Municipal nº 808, de 18/01/2023.		
CONTAGEM-MG, <u>28</u> / <u>09</u> / <u>2023</u> (Data)		