| |  | Ingresso | | --- | --- | | X | Licença Saúde | |  | Licença Gestante | |  | Licença por motivo de doença na família | |  | Licença Saúde “Ex Office” | | |  | Licença de Saúde – Acidente de Trabalho | | --- | --- | |  | Prorrogação Licença Saúde | |  | Prorrogação Lic. Para Ass. Família |   Já foi servidor ( ) Sim ( ) Não |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

Último dia de trabalho: 26/07/2024

Término da licença anterior (se tiver):

| Secretaria: Órgão/Unidade: | Escola Municipal de Ensino Fundamental Sargento Manoel Raymundo Soares |
| --- | --- |
| Nome: [Mariana Kircher de Vasconcellos](mailto:mariana.kircher@edu.viamao.rs.gov.br) |  |
| Cargo: Professor | Matrícula: 1122983 |
| Endereço: Rua dezessete de junho 629/302 | Nº 629/302 |
| Município: Viamão | Fone: 51991766940 |

Regime Jurídico:

(X) Estatutário ( ) Celetista ( ) Contratado ( ) Cargo em comissão ( ) Conselheiro

Para os casos de licença para motivo de doença em pessoa da família:

| Nome do Examinado: | Carteira de identidade: |
| --- | --- |
| Grau de parentesco: | Nº de pessoas maiores de idade, sob mesmo teto |

| Somente você pode assistir ao enfermo? Por que? |
| --- |
| Observações:  As informações são de inteira responsabilidade do solicitante; O preenchimento incompleto desta apresentação ocasionará a devolução da mesma; A validação desta apresentação é de 24 (vinte e quatro) horas úteis a partir da data colocada abaixo  Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ass. Chefe imediato ou encarregado  Setor de efetividade Nome/Carimbo  Matrícula |
| Para uso Exclusivo do Departamento de Perícia Médica e Saúde do Trabalhador |
| | Carimbo: | Exame marcado para \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  às | | --- | --- | |

| LAUDO MÉDICO |
| --- |
| | | |  | | --- | | Recomendação | | --- | --- | --- | | | |  | | --- | | Parecer | | --- | --- | --- | | | |  | | --- | | Licença | | --- | --- | --- | | | |  | | --- | | Readaptação | | --- | --- | --- | | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

| Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Perícia Médica/Carimbo/Assinatura |
| --- | --- |