



**Formulário para pedido de Licença Médica**

NOME:		MATRÍCULA:	
CARGO:		CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL:	
LOTAÇÃO:			

**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

ENDEREÇO:		N.º	
BAIRRO:		COMPLEMENTO:	
CIDADE:		ESTADO (SIGLA):	
CEP:			
TELEFONE:		CELULAR:	
E-MAIL:			

**REQUER:**

- Licença por motivo de doença em pessoa da família
- Licença por motivo de acidente de trabalho
- Licença para tratamento de saúde     Licença gestante     Prorrogação

\_\_\_\_\_

Requerente

**COMPAREÇA À INSPEÇÃO NA:**

- Junta Médica Central
- Junta Médica Regional \_\_\_\_\_ Distrito

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Chefe imediato

**JUNTA MÉDICA:**

DOCUMENTO DE IDENTIDADE APRESENTADO:		DATA DE NASCIMENTO:	
--------------------------------------	--	---------------------	--

**Lei Complementar nº 58 de 29.12.2003.**

Parecer da Reitoria:



\_\_\_\_\_  
Servidor



\_\_\_\_\_  
Pró-Reitor(a) de Gestão de Pessoas

