SECRETARIA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS
Diretoria de Saúde Ocupacional
Rua Cláudio Manuel da Costa, 199 – Jardim Lago Parque
Londrina - Paraná - CEP 86015-330
Fone: (43) 3372-4900 / 3372-4901 - **FAX** (43) 3372-4924

E-mail: medicina.trabalho@londrina.pr.gov.br

PARA USO DA DSO:

SIP Nº. _____ /_____

Recebido por:

_____.

NA DATA: ____/____/ 20_____.

ANEXO II

REQUERIMENTO - PERÍCIA OFICIAL

DADOS FUNCIONAIS:

NOME DO SERVIDOR: _____

MATRÍCULA(S): _____LOCAL DE TRABALHO_____

CONTATO:TELEFONE(S)_____E-MAIL _____

DO ATESTADO(S):

TRATAMENTO DO SERVIDOR( ) ACOMPANHAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA( )

DATA DE INICIO DO ATESTADO: _____ DATA DE TERMINO: _____

TEMPO DE AFASTAMENTO SUGERIDO NO ATESTADO: _____

ATESTADO DE PROVIDENCIA:

MEDICA ( ) PSICOLOGICA ( ) ODONTOLOGICA ( )

P/ TRATAMENTOS COMPLEMENTARES ( )

TIPO DE TRATAMENTO COMPLEMENTAR: _____

MOTIVO DO REQUERIMENTO

PERDA DO PRAZO REGULAMENTAR PARA O AGENDAMENTO ( )

NÃO COMPARECIMENTO A PERICIA MEDICA AGENDADA ( )

FUNDAMENTAÇÃO (JUSTIFICATIVA): _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Londrina, ____/____/ 20____. Assinatura do servidor(a):_____