

**REQUERIMENTO DE LICENÇA MÉDICA - PERÍCIA Nº. \_\_\_\_\_**

**Campos a serem preenchidos pelo servidor**

Nome:		Matricula SIAPE:
Setor de Lotação	Cargo:	Sexo ( )M ( )F
Endereço Residencial:		Telefone

Requer que lhe seja concedida licença para:

**Tratamento da própria saúde**

**Gestação/aborto/parto/adotante**

**Solicita Prorrogação Lic. Gestante/Adot. nos termos do Decreto nº6690/2008?** ( )sim ( )não

**Acompanhamento pessoa da família, a seguir identificada:**

Nome \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Seropédica – RJ, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Servidor

**Campos a serem preenchidos obrigatoriamente pela chefia imediata do servidor**

Relatório da chefia para a perícia médica (preenchimento obrigatório, mesmo que seja com “nada a declarar”).	Último dia de trabalho do servidor ____/____/____ Carimbo e Assinatura Chefia Imediata
--	--

**Campos a serem preenchidos pelo Grupo de Perícia Médica (GPM)**

Homologo o Laudo Médico-Pericial propondo:	
<input type="checkbox"/> Indeferir a petição do servidor	
Conceder a Licença abaixo assinalada pelo artigo _____ da Lei nº 8.112/90:	
<input type="checkbox"/> Tratamento de saúde: _____ (____) dias, a partir de ____/____/____	
<input type="checkbox"/> Licença por doença em pessoa da família: _____ (____) dias, a partir de ____/____/____	
<input type="checkbox"/> Licença à gestante por 120 dias, a partir de ____/____/____.	
<input type="checkbox"/> Licença à gestante por 30 dias, a partir de ____/____/____.	
<input type="checkbox"/> Licença à adotante por 90 dias, a partir de ____/____/____.	
<input type="checkbox"/> Licença à adotante por 30 dias, a partir de ____/____/____.	
<input type="checkbox"/> Prorrog. Licença Gestante/Adotante, a partir de ____/____/____	
Assinatura Carimbo do Médico	
Seropédica – RJ ____/____/____	
Assinatura e Carimbo da Chefia Médica	
Lançado do SIAPECAD em ____/____/____	
Assinatura SCM	