**Requerimento para Concessão de Licenças Médicas/Readaptação de Função**

1. **Identificação:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |  |
| Matrícula: |  |
| CPF: |  |
| Cargo: |  |
| Lotação atual: |  |
| E-mail |  |
| Telefone para contato: |  |

1. **Da Licença Médica/Readaptação de Função:**

|  |  |
| --- | --- |
| Modalidade: | Licença para tratamento de saúde ( )Licença para acompanhar Pessoa da Família ( )Licença a servidora gestante ( )Readaptação de função ( ) |
| Prorrogação: | Sim ( ) Não ( ) |

**Ao encaminhar este requerimento, o Servidor declara ser verdadeira as informações, estar ciente e de acordo com os procedimentos necessários para a obtenção de licenças médicas/readaptação de função, responsabilizando-se pelas informações fornecidas nos documentos encaminhados, bem como, o dever de comunicar a chefia imediata e ou a unidade de Gestão de Pessoas da qual está vinculado, do resultado da avaliação médico pericial imediatamente após sua publicação no Diário Oficial do Estado.**

