



REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO NO DESAS

Nome:	
Cargo:	Matrícula:
Lotação:	Local de trabalho:
Telefone: ()	E-mail:
Endereço:	

VENHO REQUERER, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

- Homologação de Atestado Médico até 15(quinze) dias.
*Anexar cópias lacradas de Exames, Laudos Médicos e Receitas;
- Homologação de Atestado Médico superior 15(quinze) dias.
*Anexar cópias lacradas de Exames, Laudos Médicos e Receitas;
- Licença para Acompanhamento por Motivo de Doença (Art. 74, da Lei Municipal nº 079/94).
*Anexar Laudo Médico original lacrado com quantitativo de dias e Documentação de Parentesco.
** A referida Licença implicará em alteração no período aquisitivo da Licença Prêmio.
- Readaptação de Função (Arts. 19 aos 20, da Lei Municipal nº 079/94).
* **Não** anexar Laudo Médico, o mesmo deverá ser apresentado quando for analisado pelo DESAS.
- Redução de Carga Horária (Lei Municipal nº 1886/2015).
* Anexar Laudo Médico original lacrado e Documentação de Parentesco.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Estou Ciente:

Que após 10 (dez) dias consecutivos da autuação deste requerimento, agendarei junto ao DESAS avaliação médica para análise da solicitação ora requerida.

DESAS - Departamento de Saúde e Segurança do Servidor

Telefones: (22) 2771-1441 ou 2771-1355.

Rio das Ostras, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) servidor (a)