



GUIA DE INSPEÇÃO MÉDICA

NOME:		MATRICULA:
CARGO:	SECRETARIA:	
LOCAL DE TRABALHO:		
TELEFONE RESIDENCIAL:		
ENDEREÇO RESIDENCIAL:		
BAIRRO:	CIDADE:	
SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	IDADE:	

DATA DO ATESTADO: ___/___/___	PERÍODO DE AUSÊNCIA:	A PARTIR DE: ___/___/___
----------------------------------	----------------------	-----------------------------

SERVIDOR	CHEFIA IMEDIATA	DIVISÃO DE SAÚDE OCUPACIONAL
----------	-----------------	------------------------------

PARA USO EXCLUSIVO DA DIVISÃO DE SAÚDE OCUPACIONAL E SEGURANÇA NO TRABALHO DO SERVIDOR

TIPOS DE LICENÇA:

- ACIDENTE DE TRABALHO DOENÇA OCUPACIONAL
 TÍPICO
 TRAJETO
 TRATAMENTO SAÚDE
 LICENÇA GESTANTE

- CONCEDIDA PARCIALMENTE CONCEDIDA NÃO CONCEDIDA

DIA(S) DE: ___/___/___ A ___/___/___

DATA: ___/___/___ MÉDICO PERITO:

OBSERVAÇÕES:

N
Ã
O
P
R
E
E
N
C
H
E
R