LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

Cód. CONARQ – 024.3

À CSST – Coord. de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida no Trabalho – DGP/IFC - (11.01.18.10.01.02)

Nome: _____

Matrícula SIAPE n°:_____ Identificação única: _____

Cargo:_____

Nível:_____ Classe:_____ Carga horária: _____

Campus/Lotação:_____

Telefone Fixo: (___)_____ Celular: (___)_____

E-mail Institucional: _____ E-mail Particular:_____

Vem respeitosamente à presença de Vossa Senhoria requerer a concessão de Licença para Tratamento de Saúde, a partir de ___/____/_____, por _____ dias, conforme dispõe o artigo 202 a 205 da Lei nº 8.112/90.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Está em tratamento médico? ☐ SIM ☐ NÃO

Se sim, há quanto tempo? .....

Dispõe de comprovante médico?

☐ SIM - APRESENTAR ☐ NÃO

Dispõe de exames complementares?

☐ SIM - APRESENTAR ☐ NÃO

Está usando algum medicamento? Se sim, especifique nome e dosagens diárias:

Nestes termos, pede deferimento.

Local/Data:_____

_____

(Assinatura do Servidor)

Rua das Missões, 100 – Ponta Aguda
Blumenau/SC – CEP: 89.051-000
(47) 3331-7800 / ifc@ifc.edu.br