



Estado do Piauí
Tribunal de Contas

**PEDIDO DE LICENÇA
POR MOTIVO DE
DOENÇA EM
PESSOA DA FAMÍLIA**

(Não receber sem Declaração/Atestado Médico)

NOME DO REQUERENTE			MATRÍCULA	
ENDEREÇO		CEP	TELEFONE	
		Nº		
COMPLEMENTO	BAIRRO		NOVO ENDEREÇO	
			SIM	NÃO
CARGO		NÍVEL	SÍMBOLO	
LOTAÇÃO		VISTO CHEFIA IMEDIATA		
		Carimbo e Assinatura do responsável		
ANEXAR DECLARAÇÃO/ ATESTADO MÉDICO				
Ilmo. Sr. Diretor Administrativo, tendo anexado a documentação necessária, vem mui respeitosamente solicitar a V.Sra, a concessão do pedido, constante do presente requerimento.				
Teresina (PI), ___ de _____ de _____				
_____ Assinatura do Requerente				
SEÇÃO DE SERVIÇOS INTEGRADOS DE SAÚDE				
Comunico a V.Exa. que o(a) funcionário(a), de acordo com o exame a que se submeteu DEVE:				
<input type="checkbox"/>	continuar em exercício		<input type="checkbox"/>	Ser encaminhado(a) à PERÍCIA MÉDICA (dar ciência ao DGP para controle)
<input type="checkbox"/>	ser afastado(a) por ___ dias das suas atividades a partir de ___/___/___		<input type="checkbox"/>	reassumir em ___/___/___
Fundamento do Parecer:				
Teresina (PI), ___ de _____ de _____				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O pedido do(a) requerente a vista do parecer deste Setor Médico	
		Teresina (PI), ___ de _____ de _____		
DIVISÃO DE GESTÃO DE PESSOAS – ANOTAÇÕES DO AFASTAMENTO				
A Divisão de Recursos Humanos tomou nota do afastamento do servidor, e aguarda resultado da PERÍCIA MÉDICA.				
Carimbo e Assinatura do responsável		Teresina (PI), ___ de _____ de _____		
DIVISÃO DE GESTÃO DE PESSOAS – ASSENTAMENTO FINAL				
O pedido do(a) requerente tem apoio no art. nº _____ da Lei Complementar nº 013, de 03-01-1994 (Estatuto dos Funcionários Públicos Cíveis do Estado do Piauí).				
Carimbo e Assinatura do responsável		Teresina (PI), ___ de _____ de _____		