



Estado do Piauí  
Tribunal de Contas

**PEDIDO DE LICENÇA  
MÉDICA**  
(Não receber sem 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		
<b>ANEXAR ATESTADO MÉDICO</b>				
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				
<b>SETOR MÉDICO</b>				
Comunico a V.Exa. que o(a) funcionário(a), de acordo com o exame a que se submeteu DEVE:				
	continuar em exercício		Ser encaminhado(a) à PERÍCIA MÉDICA (dar ciência ao DRH para controle)	
	ser afastado(a) por ___ dias das suas atividades a partir de ___/___/___		reassumir em ___/___/___	
	ser aposentado por invalidez			
<b>Fundamento do Parecer:</b>				
Teresina (PI), ___ de _____ de ____				
Indefiro	Deferido	O pedido do(a) requerente a vista do parecer deste Setor Médico		
		Teresina (PI), ___ de _____ de ____		
<b>DIVISÃO DE RECURSOS HUMANOS – ANOTAÇÕES DO AFASTAMENTO</b>				
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 ____				
<b>DIVISÃO DE RECURSOS HUMANOS – ASSENTAMENTO FINAL</b>				
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 ____				