



LICENÇA MÉDICA/ODONTOLÓGICA

Servidor(a) >	Matrícula>
Lotação>	Cargo Efetivo / Função
SITUAÇÃO FUNCIONAL > <input type="checkbox"/> QUADRO DO TRE <input type="checkbox"/> REQUISITADO COM FC/CJ <input type="checkbox"/> SEM VÍNCULO <input type="checkbox"/> EXERCÍCIO PROVISÓRIO	
Sr(a). Secretário(a) de Gestão de Pessoas, O(a) servidor(a), acima identificado(a), solicita a V. S ^a . concessão de ____ (____) dias de licença médica conforme atestado médico, em anexo, do dia ____/____/____.	
Manaus/AM, ____/____/____	Assinatura do(a) servidor(a)

SEÇÃO DE ATENDIMENTO MÉDICO, ODONTOLÓGICO E AMBULATORIAL

Determino o não afastamento, por estar apto para assumir suas funções.

HOMOLOGO o Atestado Médico / Odontológico / Psicológico apresentado, pelo motivo relacionado abaixo:

Proponho a CONCESSÃO de Licença, pelo motivo relacionado abaixo:

<input type="checkbox"/> 1 POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA (Art. 83)	<input type="checkbox"/> 5 PARA TRATAMENTO DA PRÓPRIA SAÚDE (Arts. 202 e 203)
<input type="checkbox"/> 2 LICENÇA GESTANTE (Art. 207)	<input type="checkbox"/> 6 POR DOENÇA PROFISSIONAL (Arts. 211)
<input type="checkbox"/> 3 POR ACIDENTE EM SERVIÇO (Art. 211)	<input type="checkbox"/> 17 PRORROGAÇÃO DE LICENÇA (Arts. 82 e 204)

O afastamento será de ____ (____) dias com base na Lei n. 8.112, a partir do dia ____/____/____

MÉDICO RESPONSÁVEL	
Assinatura / carimbo	DATA

JUNTA MÉDICA

Em reunião para exame realizado em ____/____/20____, concluímos : _____

PRESIDENTE DA JUNTA	1º MEMBRO DA JUNTA	2º MEMBRO DA JUNTA

PRORROGAÇÃO DA LICENÇA MÉDICA INICIAL DO DIA ____/____/____

1 () ____/____/____ a ____/____/____	2 () ____/____/____ a ____/____/____	3 () ____/____/____ a ____/____/____
4 () ____/____/____ a ____/____/____	5 () ____/____/____ a ____/____/____	6 () ____/____/____ a ____/____/____
7 () ____/____/____ a ____/____/____	8 () ____/____/____ a ____/____/____	9 () ____/____/____ a ____/____/____
TOTAL DE DIAS _____		

SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS - SGP

Com base nas informações acima: Defiro Indefiro conforme justificativa abaixo:

À Seção de Atendimento Médico para ciência ao(a) interessado(a), efetuando-se os registros necessários e demais efeitos.

Justificativa: _____

Manaus/AM, ____/____/____

SECRETÁRIO(A) DE GESTÃO DE PESSOAS

Ciente do(a) Servidor(a) Manaus/AM, ____/____/____ Assinatura do(a) servidor(a)	SAMOA/COMED/SGP Incluído no SGRH em: Manaus/AM, ____/____/____ Assinatura do(a) servidor(a) responsável
---	--