



**REQUERIMENTO ADM
MEDICINA DO
TRABALHO**

**Prefeitura Municipal de Angra dos Reis
Recursos Humanos**

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO – MEDICINA DO TRABALHO

MATRICULA: **NOME:**

CARGO EFETIVO: **SIGLA/GRATIF:**

TEL/CEL/RAMAL:

DEPARTAMENTO:

DIAS TRABALHADOS

Seg a Sex Plantonista

Horário Condensado. Descreve quantos dias trabalhados em 01 semana:

OBS.:

PERÍODO DA SOLICITAÇÃO

DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	DIAS	ADMINISTRAÇÃO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> PMAR	<input type="radio"/> SAAE

TIPO DE REQUERIMENTO

Atestado Médico

Comprovante de Vacinação

Prorrogação de Junta

Retorno ao Trabalho - INSS

Licença - Aleitamento Efetivo

Licença - Maternidade Gestante

AUTENTICAÇÃO

Ciente que, é obrigatório anexar documento comprobatório da solicitação, conforme descrito no Portal do Servidor, em caso de não envio o processo será cancelado.