



**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"/> ANGRAPREV <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

Licença Acompanhamento

Readaptação

INFORMAÇÃO EXTRA (CASO POSSUA DESCREVA ABAIXO):

AUTENTICAÇÃO

Ciente que, é obrigatório anexar documento comprobatório da solicitação, conforme descrito no Portal do Servidor ao requerer a solicitação, em caso de qualquer pendência o processo será **CANCELADO**.

É **OBRIGATÓRIO** acompanhar o processo nos serviços online, onde é gerado seu contracheque, diariamente até sua finalização, acesse a aba de processos e realize o acompanhamento evitando a **PERDA DE PRAZO** e seu **CANCELAMENTO**, em caso de dúvidas consulte nosso manual para acompanhar seu processo.