



DADOS DO SERVIDOR

Nome

Cargo

MASP

Situação Funcional

Efetivo

Contrato

Comissão

Filiação (Mãe)

Estado Civil

Sexo

Data de Nascimento

Identidade

Endereço Residencial (Rua, Av. Nº)

Bairro

CEP

Telefone

Localidade

Secretaria de Lotação

Local de Trabalho

Finalidade da Inspeção Médica

1 - Licença para Tratamento de Saúde

3 - Aposentadoria por Invalidez

2 - Licença por Acidente de Trabalho

4 - Licença por motivo de doença em pessoa da família

5 - Exame Pré-admissional

5.1 - Nomeação para Cargo de _____

Efetivo

Comissão

5.2 - Contrato para a Função Pública de _____

6 - Outros _____

Período do Contrato Atual

De _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____

Último Período de Licença ou Readaptação

De _____ / _____ / _____ a _____ / _____ / _____

Data

Assinatura do Servidor

PARA USO DA CHEFIA IMEDIATA

Declaro que a pessoa acima satisfaz as exigências previstas em Lei para ser submetido à perícia médica e exerce as seguintes atividades:

Data

Assinatura da Chefia Imediata



Nome do Servidor

Cargo

Sector ou Departamento de Exercício

Secretaria

DEVOLVER À CHEFIA IMEDIATA