

**PREFEITURA DE SÃO LUÍS**

(NOME DA SECRETARIA / ÓRGÃO)

**ENCAMINHAMENTO PARA PERÍCIA MÉDICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numeração:** | **0000000 / 2017 – Nome do Órgão** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Matrícula / Vinculo |  | Data Nascimento: |  |
| Servidor (a): |  | Telefone: |  |
| Endereço: |  | Bairro: |  |
|  |  |  |  |
| Cargo: |  | Finalidade: |  |  |  |

Considerando a documentação em anexo para o devido processo, solicito o atendimento do pedido constante no presente requerimento.

Nestes Termos, pede deferimento.

São Luís, \_\_ / \_\_ / 201\_

(Nome / matricula do Coordenador de Recursos Humanos e / ou de Administração Interna)

Matrícula:

Observações:

# Válido mediante apresentação de um documento de identidade.

* Documento não válido para abono de faltas.
* O encaminhamento só terá validade mediante apresentação do relatório medico devidamente preenchido pelo médico assistente.

\* Válido Até:

Reservado ao chefe imediato

Assinatura do Servidor(a) Carimbo / Assinatura / Data

Travessa Marcelino de Almeida, 30 - Praia Grande - Brasil - São Luís - Maranhão - [65.010-380] [http://www.semad.saoluis.ma.gov.br](http://www.semad.saoluis.ma.gov.br/)