**SOLICITAÇÃO DE INSPEÇÃO MÉDICA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome:**  |  | **Matrícula:**  |  |  |
| **Cargo:**  |  | **Regime Trabalho:**  |  |  |
| **Lotação:**  |  | **Seção:**  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Endereço Residencial:**  |  |
| **Endereço Eletrônico:**  |  | **Telefone:**  |  |

 **O(A) Servidor(a) acima identificado(a) precisa ser submetido(a) a inspeção médica:**

|  |  |
| --- | --- |
| **( )** | **NA POLICLÍNICA DA PCDF** |
| **( )** | **Domiciliar** (endereço) |  |
| **( )** | **Hospitalar** (endereço) |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Brasília,** |  | **de** |  | **de** | **20** |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura e carimbo do Chefe Imediato**

 **------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**COMUNICAÇÃO À CHEFIA IMEDIATA**

 **Foi concedida licença médica a(o) servidor(a)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome:**  |  | **Matrícula:**  |  |
| **Cargo:**  |  | **Regime Trabalho:**  |  |
| **Lotação:**  |  | **Seção:**  |  |

 **PERÍODO DA LICENÇA (preenchido pelo médico)**

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Data: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Médico Avaliador** | **Servidor atendente** |

**HISTÓRIA CLÍNICA**

**Data do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

**( ) Atestado médico**

**( ) Laudo médico**

**Diagnóstico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**( ) Licença concedida, no período de \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_**

**( ) Licença não concedida**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Perito Avaliador Perito Avaliador Perito Avaliador**

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**ATENÇÃO:**

***Senhor(a) Servidor(a),***

***Apresente imediatamente esta comunicação à sua chefia imediata.***