



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
POLÍCIA CIVIL DO DISTRITO FEDERAL
DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE PESSOAS
POLICLÍNICA



REQUERIMENTO DE RESTRIÇÃO LABORAL Nº ____/20____.

Protocolo nº ____/20____ - Policlínica.

Atenção: Restrições relativas à gestação e pós-operatório imediato serão avaliadas mediante a apresentação de relatório e sem necessidade de agendamento.

Nome:		Matrícula:	
Cargo:		Regime trabalho:	
Lotação:			
Seção			
Endereço Eletrônico			
Telefones Contato			

Sra. Diretora da Policlínica, solicito agendamento para avaliação pericial de:

() Concessão de Restrição Laboral: () primeira vez () expirada ou vigente.

() Suspensão de Restrição Laboral: Trata-se de porte de arma de fogo? (Sim) (Não)

Em ____/____/20____ - Assinatura do servidor solicitante: _____

Em ____/____/20____ - Nome do atendente da recepção: _____

Apresentar, obrigatoriamente, no ato do requerimento:

a) Relatório médico original emitido por especialista em: _____

b) Exames complementares e de imagem, se tiverem sido realizados.

c) No caso de exames de imagem, deixar cópia do laudo.

d) No dia do exame, apresentar as imagens e laudos originais, se houver:

Número de documentos apresentados: _____.

Períodos de férias ou afastamentos previstos para os próximos dois meses: _____

É indispensável a entrega prévia dos documentos solicitados.

Documentos recebidos e conferidos na recepção em ____/____/20____, por _____.

Encaminhados à GEPEM em ____/____/20____, por _____.

GEPEM

() Marcação indeferida: _____.

() Junta Médica agendada para ____/____/20____, às ____ h ____ min.

Servidor informado em ____/____/20____, por _____.