

ALTERAÇÃO DE LICENÇA TIPO (A) PARA TIPO (D) - ACIDENTE DO TRABALHO

1 – Identificação do (a) solicitante (a):

Nome: _____
Sexo: M() F() Data de Nascimento.: ____/____/____ CPF: _____
Endereço: _____
CEP: _____
Telefone: _____ E-mail: _____

2 – Dados Funcionais:

Órgão de Lotação: _____
Local de Exercício: _____ Telefone: () _____
Cargo: _____
Provimento/Cargo: ()Efetivo ()Comissionado ()Outro/Descrever _____

3 – Solicitação:

Via do presente, nos termos das legislações atuais e apresentando todos os documentos necessários, venho à Gerência de Saúde e Prevenção solicitar:
() Auxílio Saúde () Pericia Medica () Acidente de Trabalho

4 – Justificativa:

--

5- Documentos e exames apresentados:

--

Caso necessário, autorizo a divulgação do CID/Patologia que me acomete. Caso seja representante, apresentar documento comprobatório.

Cidade: _____ Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Obs: Em caso de dúvidas quanto aos documentos exigidos para o registro de acidentes, acessar o Link do SESMT/SEDUC: <https://site.seduc.go.gov.br/sesmt/>