



R
E
Q
U
E
R
E
N
T
E

À JUNTA MÉDICO PERICIAL DO MUNICÍPIO - J.M.P.M

_____, servidor(a) público R.G. nº. _____,
nome do servidor

matrícula nº. _____, lotado no(a) _____, ocupante do cargo/função _____

residente à _____, nº. _____,

bairro _____, telefone _____, vem mui respeitosamente requerer:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Licença para Tratamento de Saúde | <input type="checkbox"/> Readaptação em outra função |
| <input type="checkbox"/> Licença por Acidente de Trabalho | <input type="checkbox"/> Aposentadoria por invalidez |
| <input type="checkbox"/> Licença Maternidade | <input type="checkbox"/> Prorrogação da Licença |
| <input type="checkbox"/> Licença por motivo de doença em pessoa da família | |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |

Data ___/___/___

Assinatura do Requerente

Chefe da Divisão de Pessoal - DIP

J
U
N
T
A
M
É
D
I
C
O
P
E
R
I
C
I
A
L
D
O
M
U
N
I
C
I
P
I
O

PARA USO EXCLUSIVO DA JUNTA MÉDICO PERICIAL DO MUNICÍPIO - J.M.P.M

LAUDO MÉDICO Nº. _____

RESULTADO

| | | | |
|--|--|---------------------------|---------------|
| Licença | Licença | Período da Licença | Data do Exame |
| <input type="checkbox"/> Concedida <input type="checkbox"/> Não concedida | Por _____ dias <small>POR EXTENSO</small> | ___/___/___ a ___/___/___ | ___/___/___ |

LAUDO MÉDICO

JUSTIFICATIVA

FUNDAMENTAÇÃO DO PARECER, Nº DO CID OU NOME DA DOENÇA

1º PERITO

2º PERITO

PRESIDENTE DA J.M.P.M