**Requerimento para Concessão de Licenças Médicas/Readaptação de Função**

1. **Identificação:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |  |
| Matrícula: |  |
| CPF: |  |
| Cargo: |  |
| Lotação atual: |  |
| E-mail |  |
| Telefone para contato: |  |

1. **Da Licença Médica/Readaptação de Função:**

|  |  |
| --- | --- |
| Modalidade: | ( ) Licença para tratamento de saúde  ( ) Licença para acompanhar Pessoa da Família  ( ) Licença a servidora gestante  ( ) Readaptação de função |
| Prorrogação: | ( ) Sim ( ) Não |

Ao encaminhar este requerimento, declaro serem verdadeiras as informações e estou ciente e de acordo com os procedimentos necessários para a obtenção de licenças médicas/readaptação de função, responsabilizando-me pelas informações fornecidas nos documentos encaminhados, bem como, pelo dever de comunicar à chefia imediata e/ou à unidade de Gestão de Pessoas da qual estou vinculado, do resultado da avaliação médico pericial imediatamente após sua publicação no Diário Oficial do Estado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/MT, \_\_\_\_\_\_\_, de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do servidor**