**REQUERIMENTO DE  
LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE**

REQUERENTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FUNÇÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MATRICULA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA INICIAL E FINAL DO AFASTAMENTO:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ À \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.

CONDIÇÃO MÉDICA ACOMETIDA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BASE LEGAL: LEI MUNICIPAL 487/1981, Art. 99.

AO ASSINAR ME DECLARO CIENTE DE QUE A LICENÇA SERÁ CONCEDIDA MEDIANTE INSPEÇÃO MÉDICA E QUE DURANTE O AFASTAMENTO DEVO ME ABSTER DE EXERCER QUALQUER ATIVIDADE ECONÔMICA MESMO QUE GRATUITAMENTE. TAMBÉM ESTOU CIENTE DE QUE PODEREI SER EXAMINADO A QUALQUER MOMENTO DURANTE A LICENÇA.

Rodeio, \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
REQUERENTE