

REQUERIMENTO DE LICENÇA MÉDICA PARA ESTAGIÁRIOS FORENSES DO MPRJ

Nome completo: _____

Cargo: -Estagiário Forense Matrícula: _____

Lotação: _____ E-mail MPRJ: _____

Telefones: Trabalho _____ Celular _____ Residencial _____

Endereço residencial: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Resolução GPGJ 1.533/2009, Art. 19, §2º**INFORMAÇÕES SOBRE O MOTIVO DA LICENÇA:**-Problema pessoal de saúde**TIPO DE LICENÇA:**- INICIAL - Faltando ao trabalho desde o dia ____ / ____ / ____.- PRORROGAÇÃO – Término da última licença: ____ / ____ / ____.**INFORMAÇÕES SOBRE O PROBLEMA DE SAÚDE:**

Tempo previsto da licença atual: _____ dia(s).

Nome do médico assistente: _____

Telefones do médico assistente: Consultório: _____ Celular: _____

Já possui um diagnóstico? - Não - Sim, especificar: _____

Confirmado pelos seguintes exames complementares: _____

Tratamento proposto ou realizado: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO: Autorizo o Núcleo de Saúde Ocupacional a prestar informações médicas de acordo com os Artigos 73 e 76 do Código de Ética Médica – Resolução do CFM 1931/2009, em caso de solicitação pelas autoridades administrativas.

Em, ____ / ____ / ____

Em, ____ / ____ / ____

Assinatura do Membro do MPRJ e matrícula_____
Assinatura do Requerente