

FORMULÁRIO PARA ENVIO DE DOCUMENTOS MÉDICOS AO DESS/SEMPA	
Indicação do tipo de licença solicitada, conforme previsto na Lei nº 8.989/79:	
1- () pelo artigo 143, por período igual ou inferior a 15 (quinze) dias.	
2- () pelo artigo 143, com internação.	
3- () pelo artigo 146, com internação.	
Número do Protocolo – obrigatório (TID/SCE/SGD/OUTROS): _____	
<u>Observação.</u> : APENAS OS CASOS NÃO CONTEMPLADOS NOS ITENS 1, 2 e 3 DEVERÃO SER AGENDADOS PELO SIGPEC.	
Identificação do Servidor	
Nome: _____	
R.F.: _____	Vínculo: _____ Tel. contato: _____
Identificação da Unidade de Trabalho	
Nome da Unidade: _____	
Secretaria: _____	
Endereço: _____	
Tel. Contato: _____	
Data de recebimento dos documentos pela unidade atualmente responsável pelo agendamento de perícias: ____/____/____	
Último dia trabalhado: ____/____/____	
Número de documentos médicos contidos no envelope:	
Identificação do Responsável pelo envio dos Documentos	
Nome: _____	
RF.: _____	_____
Data: ____/____/2013	(carimbo e assinatura)