



PREFEITURA DE
HORTOLÂNDIA

Secretaria de Administração e Gestão de Pessoal
Divisão de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho

GUIA DE INSPEÇÃO

EFETIVO

CLT

COMISSIONADO

NOME:		MATRICULA:
CARGO:	SECRETARIA:	
LOCAL DE TRABALHO:		
TELEFONE CELULAR : ()	TELEFONE RESIDENCIAL: ()	
ENDEREÇO RESIDENCIAL:		
BAIRRO:	CIDADE:	
CEP:	E-MAIL:	

Dados do Atestado

A PARTIR DE:	TOTAL DE DIAS DE AFASTAMENTO: (DIAS)
ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)	ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA

PARA USO EXCLUSIVO DA DIVISÃO DE SAÚDE OCUPACIONAL E SEGURANÇA NO TRABALHO DO SERVIDOR

TIPOS DE LICENÇA:

- ACIDENTE DE TRABALHO DOENÇA OCUPACIONAL
 TÍPICO
 TRAJETO

TRATAMENTO SAÚDE

LICENÇA GESTANTE

CONCEDIDA

PARCIALMENTE CONCEDIDA

NÃO CONCEDIDA

_____ DIA(S)	____/____/____ A ____/____/____
DATA: _____/_____/_____	MÉDICO PERITO: _____

OBSERVAÇÕES:

N
Ã
O
P
R
E
N
C
H
E
R