



**GUIA DE INSPEÇÃO MÉDICA**

**SOLICITAÇÃO DE HOMOLOGAÇÃO DE ATESTADO MÉDICO**

M Ó D U L O  I	Nome do Servidor:		Matrícula(s):	
	CPF:		Data de Nascimento ____/____/____	
	Situação Funcional: ( ) Servidor Efetivo ( ) Empregado público – Celetista (C.L.T.) ( ) Servidor comissionado de livre exoneração Contrato temporário		Sec./ Órgão de Origem:	Regional:  Lotação:
	Endereço residencial:			
	Telefone do setor:	Telefone Residencial :	Data da Solicitação da Perícia: ____/____/____	Ass. e carimbo da chefia
	Endereço residencial:			

Servidor alega que a queixa atual é decorrente de acidente de trabalho ou acidente de trajeto? ( )Sim ( )Não

M Ó D U L O  II	Avaliação Médica ou Odontológica(use o verso se necessário):		CID-10
	( ) Atestado homologado. Período de Licença ____/____/____ à ____/____/____		( ) Atestado não homologado ou pendente(cont.verso)
	<b>Tipo de Vínculo</b>	<b>Descrição – Licença:</b>	<b>SIGRH</b>
	( ) Servidor efetivo	( ) Licença para tratamento de saúde	306
		( ) Licença por acidente de trabalho / profissional	304
		( ) Por motivo de doença em pessoa da família c/ remuneração	311
		( ) Por motivo de doença em pessoa da família s/ remuneração	312
		( ) Licença maternidade	207
		( ) Licença maternidade (aborto)	275
		( ) Licença maternidade (natimorto)	274
( ) Servidor comissionado, livre exoneração, Contrato temporário ou Empregado público	( ) Até 15 dias	250	
	( ) Com encaminhamento ao INSS	251	
	( ) Por acidente de trabalho /profissional até 15 dias	252	
	( ) Por acidente de trabalho /profissional e encaminhado ao INSS	253	
	( ) Licença maternidade	209	
( ) Licença maternidade (aborto)	277		
( ) Licença maternidade (natimorto)	276		
Data da perícia ____/____/____	Assinatura e carimbo do(s) médico(s) ou Odontólogo(s)		