

Serviço de Perícias Médicas
Secretaria de Administração

EXAME DE SANIDADE E CAPACIDADE FÍSICA DE NÚMERO

O Servidor público abaixo identificado:

Nome:	Matrícula
Cargo	Secretaria
Lotação	Sexo () MASCULINO () FEMININO
TIPO DE VINCULO: () EFETIVO () CONTRATO () COMISSIONADO	

Vem respeitosamente solicitar ao Exmo. Sr. (a) Secretário (a) de Administração de Olinda o exame de:

ADMISSÃO AO SERVIÇO PÚBLICO
LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE
LICENÇA GESTAÇÃO OU ABORTAMENTO
APOSENTADORIA POR INVALIDEZ
LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DE PESSOA DA FAMÍLIA
READAPTAÇÃO
OUTROS

Olinda, ____ de ____ de 20__.

[Assinatura]

Assinatura do funcionário

RESULTADO PERICIAL

Comunicamos ao Exmo. Sr. Secretário de Administração de Olinda o resultado desta Perícia:

APTO PARA O EXERCÍCIO DAS ATRIBUIÇÕES DO CARGO
INAPTO PARA O EXERCÍCIO DAS ATRIBUIÇÕES DO CARGO
Concedidos ____ (____) dias de licença remunerada para tratamento de saúde a partir de ____/____/____ (SERVIDOR EFETIVO)
Concedidos ____ (____) dias de licença remunerada para tratamento de saúde a partir de ____/____/____, sendo abonados os primeiros quinze dias pela PMO, e a partir de ____/____/____ o servidor será encaminhado ao INSS (SERVIDOR CONTRATADO OU COMISSIONADO);
Concedidos 180(cento e oitenta dias de licença maternidade) a partir de ____/____/____ (SERVIDORA EFETIVA);
Concedidos 120(cento e vinte dias de licença maternidade) a partir de ____/____/____ (SERVIDORA CONTRATADA OU COMISSIONADA);
Considera o servidor incapaz para o trabalho conforme a Lei complementar 23/2004 do Município de Olinda, devendo dar prosseguimento com o formulário de aposentadoria por invalidez junto a Secretaria de Administração/ FUNDPREV/ INSS
Considera que o servidor deva ser readaptado por um período de ____ (____) dias a outro serviço funcional, devendo acompanhar o prosseguimento do formulário de readaptação junto ao Setor de Recursos humanos/ Secretaria de Administração.

Serviço de Perícias Médica em ____ de ____ de 20__.

--	--	--	--	--