



**PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA**

**SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS E ADMINISTRAÇÃO - SGPA  
SERVIÇO DE PERÍCIAS MÉDICAS  
JUNTA MÉDICA DE OLINDA - JMO**

**REQUERIMENTO: EXAME DE SANIDADE E CAPACIDADE FÍSICA**

O Servidor público abaixo identificado:

<b>Nº DO REGISTRO:</b>
------------------------

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

Vem respeitosamente solicitar a Exma. Sra. Secretária de Administração de Olinda, o exame de:

<input type="checkbox"/>	ADMISSÃO AO SERVIÇO PÚBLICO
<input type="checkbox"/>	LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE, DIAS, A PARTIR DE: / /
<input type="checkbox"/>	LICENÇA GESTAÇÃO OU ABORTAMENTO, DIAS, A PARTIR DE: / /
<input type="checkbox"/>	APOSENTADORIA POR INVALIDEZ
<input type="checkbox"/>	LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DE PESSOA DA FAMÍLIA
<input type="checkbox"/>	READAPTAÇÃO
<input type="checkbox"/>	OUTROS

Olinda, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_.

Assinatura do funcionário(a)

**RESULTADO PERICIAL**

Comunicamos a Exma. Sra. Secretária de Gestão de Pessoas e Administração de Olinda, o resultado desta Perícia:

<input type="checkbox"/>	APTO PARA O EXERCÍCIO DAS ATRIBUIÇÕES DO CARGO
<input type="checkbox"/>	INAPTO PARA O EXERCÍCIO DAS ATRIBUIÇÕES DO CARGO
<input type="checkbox"/>	Concedidos ____ (____) dias de licença remunerada para tratamento de saúde a partir de ____ / ____ / ____ (SERVIDOR EFETIVO)
<input type="checkbox"/>	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);
<input type="checkbox"/>	Concedidos 180(cento e oitenta dias de licença maternidade) a partir de ____ / ____ / ____ (SERVIDORA EFETIVA);
<input type="checkbox"/>	Concedidos 120(cento e vinte dias de licença maternidade) a partir de ____ / ____ / ____ (SERVIDORA CONTRATADA OU COMISSIONADA);
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	NÃO HOMOLOGADO ( ) FALTA DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS, E/OU ( ) EXPIRADO O PRAZO DE SOLICITAÇÃO.

Serviço de Perícias Médica em \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_.

<b>DR. GUSTAVO ROSAS</b> Médico-Perito do Trabalho Cremepe 13685 RQE 8179
--

<b>DRA. MARIA VALÉRIA ABREU DE SOUZA</b> MEDICINA DO TRABALHO CRM 8234-PE
---

<b>DRA. CLÁUDIA ZIRPOLI</b> CRM 5323 Médica do Trabalho
---