



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:

Nº DO REGISTRO:

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__.

DR. GUSTAVO ROSAS
Médico-Perito do Trabalho
Cremepe 13685
RQE 8179

**DRA. MARIA VALÉRIA
ABREU DE SOUZA**
MEDICINA DO
TRABALHO
CRM 8234-PE

DRA. CLÁUDIA ZIRPOLI
CRM 5323
Médica do Trabalho