



Prefeitura do Município de Mauá
Secretaria de Administração e Modernização
Divisão de Medicina e Segurança Do Trabalho

Núcleo de Medicina do Trabalho e Qualidade Funcional

Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Cadastro	Nome	Dt. Admissão
		____/____/____
Cargo	Escala	Vínculo
Local		

SOLICITAÇÃO DA LICENÇA

MOTIVO: _____

PERÍODO DA LICENÇA _____ DIAS, DE ____/____/____ À ____/____/____.

MAUÁ, ____/____/____.

SERVIDOR (ASSINATURA)

CIÊNCIA DA CHEFIA IMEDIATA

ESTOU CIENTE DA SOLICITAÇÃO DO SERVIDOR

OBS: _____

MAUÁ, ____/____/____.

CHEFIA IMEDIATA (ASSINATURA E CARIMBO)

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nº Dep.	Parentesco	Dt. Nasc	Idade	Nome

PARECER DO MÉDICO DO TRABALHO

DEFERIMENTO: () SIM () NÃO

OBS: _____

Mauá 13/11/2024

MÉDICO DO TRABALHO (ASSINATURA)

PARECER DO ASSISTENTE SOCIAL

DEFERIMENTO: () SIM () NÃO

OBS: _____

ASSISTENTE SOCIAL (ASSINATURA)