



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

REQUERIMENTO DE INSPEÇÃO MÉDICA

DATA

Nº

/ /

Órgão/Entidade de Origem		Unidade
Requerente		Matricula
Cargo/Função		Padrão/Grau
Endereço Residencial	Cidade/Município	Telefone

Motivo
 Licença para tratamento de saúde Readaptação funcional Licença por acidente em serviço ou doença profissional *
 Comprovação de invalidez do dependente Licença por gestação Licença por motivo de doença em Pessoa da família

Inspeção em pessoa da família

A licença só será deferida se o dependente estiver devidamente registrado no Serviço da Administração Geral ou unidade equivalente

<input type="checkbox"/> Domicilio (endereço)	<input type="checkbox"/> Hospital (nome/endereço)	Nome/Endereço
<input type="checkbox"/> Outros (especificar)		
		Ponto de Referencia

Requerente Afastamento / /	Solicitação / /	Assinatura	
Chefe Imediato Nome		Cargo	Assinatura
Recepção Recebimento	Assinatura		

* anexar declaração da unidade competente