



PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, ORÇAMENTO E INFORMAÇÃO DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO
CENTRO REFERÊNCIA SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR - CRESST

REQUERIMENTO DE AFASTAMENTOS DE SAÚDE:

Nome: _____

Matrícula: _____ Cargo: _____ Data de admissão: ____/____/____

Matrícula: _____ Cargo: _____ Data de admissão: ____/____/____

Telefone: _____ Celular: _____ Secretaria: _____

Número de dias: _____ Datas a usufruir: Início: ____/____/____. Fim: ____/____/____.

Tipo de afastamento:

Licença Saúde (anexar Atestado Médico Particular e Atestado emitido pelo CRESST)

Licença Acompanhamento Pessoa da Família (anexar Atestado Médico referendado pelo CRESST)

Nome do familiar: _____

Parentesco: _____

Divinópolis, ____ de _____ de _____.

Assinatura Funcionário(a)



PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, ORÇAMENTO E INFORMAÇÃO DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO
CENTRO REFERÊNCIA SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR - CRESST

PROTOCOLO DE AFASTAMENTO DE SAÚDE:

Nome: _____

Matrícula: _____ Cargo: _____ Data de admissão: ____/____/____

Matrícula: _____ Cargo: _____ Data de admissão: ____/____/____

Telefone: _____ Celular: _____ Secretaria: _____

Tipo de afastamento:

Licença Saúde (anexar Atestado Médico Particular e Atestado emitido pelo CRESST)

Licença Acompanhamento Pessoa da Família (anexar Atestado Médico referendado pelo CRESST)

Nome do familiar: _____

Parentesco: _____

Uso Interno CRESST

Número de dias: ____ Datas a usufruir: Início: ____/____/____. Fim: ____/____/____

Médico Assistente: _____ CRM: ____ Nº _____

Recebido em: ____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do(a)
Funcionário(a)