



ORIENTAÇÃO MÉDICO - OCUPACIONAL

ENCAMINHO PARA:

DATA:

VIMOS ATRAVÉS DESTE INFORMAR, QUE O(A) SERVIDOR(A) : _____

MATRÍCULA, _____ CARGO, _____

ESTÁ SENDO AVALIADO DO PONTO DE VISTA DE SAÚDE OCUPACIONAL JUNTO A ESTA COORDENADORIA.

INFORMAMOS QUE O SERVIDOR PODERÁ RETORNAR AO TRABALHO COM AS SEGUINTE RESTRIÇÕES:

ESTA ORIENTAÇÃO TEM VALIDADE DE: _____ DIA (S).

REVALIDAÇÃO EM: _____ / _____

ATENCIOSAMENTE,

MÉDICO:

OBS.: CIENTE DAS RESTRIÇÕES ACIMA.
COMPROMETO-ME A ENTREGAR A 1ª VIA DESTE PROCESSO À MINHA CHEFIA IMEDIATA.

DATA:

ASSINATURA: