PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
COORDENADORIA SETORIAL DE SAÚDE E SGURANÇA DO TRABALHO

DECLARAÇÃO DE NEGAÇÃO DE LICENÇA MÉDICA

Data: _____

O Servidor(a) _____,

matrícula _____ ,apresentou no dia _____

atestado emitido em seu nome pelo Dr._____

_____ , CRM nº _____.

DADOS DO ATESTADO:

EMITIDO EM:	DATA DE INÍCIO PROPOSTO:	PERÍODO PROPOSTO:
		DIAS

A LICENÇA REFERENTE AO ATESTADO EM QUESTÃO FOI:

	PARCIALMENTE CONCEDIDA		TOTALMENTE NEGADA

NESTA DATA CONFORME A DESCRIÇÃO ABAIXO EXPLICITADA :

CONCEDIDOS:	À PARTIR DE:	NEGADOS:	À PARTIR DE:
DIAS		DIAS	

PELOS MOTIVOS ABAIXO:

_____

_____

_____

ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO:

CIENTE:

FO461 - NOV/02/SMRH - VIA ÚNICA - FORMATO A5 (148 X 210) - CÓD. MATERIAL: 29044