



PREFEITURA DE
HORTOLÂNDIA

Secretaria de Administração e Gestão de Pessoal
Divisão de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho

GUIA DE INSPEÇÃO

☐ EFETIVO

☐ CLT

☐ COMISSIONADO

NOME:		MATRICULA:
CARGO:	SECRETARIA:	
LOCAL DE TRABALHO:		
TELEFONE CELULAR : ()		TELEFONE RESIDENCIAL: ()
ENDEREÇO RESIDENCIAL:		
BAIRRO:		CIDADE:
CEP:	E-MAIL:	

Dados do Atestado

A PARTIR DE:	TOTAL DE DIAS DE AFASTAMENTO: (DIAS)
ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)	ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA

PARA USO EXCLUSIVO DA DIVISÃO DE SAÚDE OCUPACIONAL E SEGURANÇA NO TRABALHO DO SERVIDOR

TIPOS DE LICENÇA:

☐ ACIDENTE DE TRABALHO ☐ DOENÇA OCUPACIONAL
☐ TÍPICO
☐ TRAJETO

☐ TRATAMENTO SAÚDE

☐ LICENÇA GESTANTE

☐ CONCEDIDA ☐ PARCIALMENTE CONCEDIDA ☐ NÃO CONCEDIDA

_____ DIA(S) ____/____/____ A ____/____/____

DATA: MÉDICO PERITO:

____/____/____

OBSERVAÇÕES:

N
Ã
O

P
R
E
E
N
C
H
E
R