



FUNDAÇÃO /
SECRETARIA DE
SAÚDE



PREFEITURA DE
Rio Claro

Requerimento para tratamento de saúde com atestados de 1 e ou 2 dias

Servidor (a) _____,
matrícula nº _____, lotado (a) na Secretaria Municipal de
_____, local de trabalho _____

Vem mui respeitosamente, requerer **Licença para Tratamento de Saúde**, conforme atestado médico em anexo, **a partir de ___/___/___**, pelo **período de ____ (____) dias**, conforme normatização DMSO.

Nestes termos,
Pede deferimento.

Rio Claro (sp), _____ de _____ de 20____

Assinatura do Servidor

Ciência da chefia ___/___/___

Chefia Imediata