



EXCELENTÍSSIMO SENHOR SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

Nome do servidor:	
Filiação:	
R.G.:	Órgão Expedidor:
C.P.F.:	PIS:
	Data de Nascimento:
	UF: Data de Expedição:

Matrícula:	Cargo:	Carga Horária H/S
Lotação:	Localização:	

Endereço:	Número
Complemento (Aptº, Bl., Etc.):	Bairro:
Município:	CEP:

Telefone Residencial:	Celular:	e-mail:
-----------------------	----------	---------

Vem Requerer V.Ex^a. de acordo com legislação em vigor:

Readaptação Funcional

Informações Complementares:

Não estou em licença médica

Nestes termos, pede deferimento:

Rio de Janeiro, ____ de ____ de 2024.

Assinatura