GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO
E DOS RECURSOS HUMANOS

Apresentação de Servidor para Exame Médico-Pericial

O preenchimento completo desta apresentação agilizará o atendimento.
As informações são de inteira responsabilidade do órgão emitente.

NOME DO ÓRGÃO EMITENTE

UNIDADE

NOME DA UNIDADE			
ENDEREÇO(Rua, Av., etc.)			
NÚMERO	COMPLEMENTO(Ap., Bl., etc.)	BAIRRO	
MUNICÍPIO		CEP	TELEFONE

FINALIDADE DO EXAME

- ☐ Licença Saúde
- ☐ Licença para Assistência Familiar
- ☐ Licença Gestante
- ☐ Prorrogação de Licença Saúde
- ☐ Prorrogação de Licença para Assistência Familiar
- ☐ _____

ÚLTIMO DIA DE TRABALHO

/ /

TÉRMINO DA LICENÇA ANTERIOR

/ /

Servidor

IDENTIFICAÇÃO

NOME			CPF
NOME DE SOLTEIRA (Se diferente do nome atual)			MATRÍCULAS NO ESTADO
DATA NASCIMENTO	IDENTIDADE Nº	ÓRGÃO EMISSOR	UF
SEXO ☐ M ☐ F	ESTADO CIVIL		

FILIAÇÃO

NOME DO PAI
NOME DA MÃE

RESIDÊNCIA

ENDEREÇO(Rua, Av., etc.)			
NÚMERO	COMPLEMENTO(Ap., Bl., etc.)	BAIRRO	
MUNICÍPIO		CEP	TELEFONE

CARGO/FUNÇÃO

FORMA DE INGRESSO ☐ Concurso ☐ Cargo em Comissão ☐ Contrato Temporário ☐ Outros Contratos de Trabalho		
NOME DO CARGO/FUNÇÃO		TEMPO DE SERVIÇO NO ESTADO
REGIME JURÍDICO ☐ Estatutário ☐ Celetista	REGIME PREVIDENCIÁRIO ☐ IPERGS ☐ INSS	ENQUADRAMENTO ESPECIAL ☐ Lei 10.364/95 ☐ Lei 10.228/94

ASSISTÊNCIA FAMILIAR

NOME DO EXAMINADO	CARTEIRA DE IDENTIDADE
GRAU DE PARENTESCO	Nº DE PESSOAS MAIORES DE IDADE, SOB O MESMO TETO
SOMENTE VOCÊ PODE ASSISTIR AO ENFERMO? POR QUÊ?	

ATENÇÃO: **É obrigatório o agendamento do Exame Médico-Pericial no prazo de 24 horas úteis da emissão desta Apresentação.**

Declaro estar de acordo com as informações aqui relacionadas.

ASSINATURA DO NOMEADO/ADMITIDO

DATA:

CARIMBO DO ÓRGÃO E ASSINATURA DA AUTORIDADE LEGAL

CARGO:
MATRICULA: