



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS – SECRETARIA DE SAÚDE  
**FORMULÁRIO PARA AGENDAR PERÍCIA MÉDICA**  
JUNTA MÉDICA DO MUNICÍPIO DE PACAJUS – JMMP

NOME:	CPF:
CARGO/FUNÇÃO:	VÍNCULO:
SECRETARIA:	UNIDADE DE TRABALHO:
EMAIL:	TELEFONE / CONTATO:

**REQUER:**

- LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE  
 LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA  
 LICENÇA MATERNIDADE  
 LICENÇA POR ACIDENTE DE TRABALHO  
 PRORROGAÇÃO DA LICENÇA  
 APOSENTADORIA POR INVALIDEZ  
 **READAPTAÇÃO EM OUTRA FUNÇÃO (PREENCHER ANEXO I)**  
 **REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA – LEI 268/2013 – ESPECÍFICA PARA DEPENDENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS.**  
 OUTROS: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA APRECIÇÃO DA JUNTA MÉDICA:**

- RELATÓRIOS MÉDICOS COMPLETOS E ATUALIZADOS;
- EXAMES COM LAUDO (ASSINADO E CARIMBADO POR ESPECIALISTAS);
- RECEITUÁRIOS MÉDICOS CONTENDO MEDICAÇÃO QUE FAZ USO.

PACAJUS, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_.

- ENVIAR EM ANEXO ATESTADO MÉDICO
- ENVIAR OS ANEXOS PARA O EMAIL: [rhpericiaspacajus@gmail.com](mailto:rhpericiaspacajus@gmail.com)
- PREENCHER CORRETAMENTE TODAS AS INFORMAÇÕES

\*\*\*\*\*