

REQUERIMENTO DE LICENÇA MÉDICA – IPMjp	Nº / ANO
---	-----------------

Ilmo. Sr. Superintendente do Instituto de Previdência do Município de João Pessoa – IPMjp

Nome:		Matrícula:	
Cargo/Função:		Data de Nascimento:	
Lotação:		U.T:	
Endereço:		Vínculo:	
Bairro:		Cidade:	
		Telefone:	

Tipo de Benefício

Licença Para Tratamento de Saúde
 Licença Gestante Em ____ / ____ / ____.
 Licença Paternidade
 Licença p/ motivo de doença em pessoa da família _____ Requerente
 Prorrogação

Despacho do Chefe Imediato

Compareça de imediato à Junta Médica para submeter-se a exame médico pericial.

Em ____ / ____ / ____.

Requerente

Junta Médica Municipal

De acordo com o Laudo Médico Pericial, o servidor(a) necessita de _____ dias de afastamento contados a partir de ____ / ____ / ____.

Em ____ / ____ / ____.

Assinatura e Carimbo do(a) Presidente da Junta Médica

Seção de Gestão de Pessoas

De acordo com o Laudo Médico Pericial, publico a licença concedida.

Em ____ / ____ / ____.

Assinatura e Carimbo do(a) Chefe da Seção de Gestão de Pessoas do IPMjp

OBSERVAÇÃO: ANEXAR ATESTADO MÉDICO ORIGINAL

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA BENEFÍCIO JUNTO AO INSS

- Ficha financeira 2015
- Declaração comprovando atividade que exerce, para fins de benefício pelo INSS – Anexo III – portaria nº 154/08
- Cópia do contrato (Prestador de Serviços) ou portaria de nomeação (Cargos comissionados)
- Cópia da GFIP (Seção de Folha de Benefícios/ Seção de Contabilidade, Orçamento e Finanças - IPMjp)
- Último contracheque
- Atestado médico original
- Comprovante da Junta Médica do Município de mais de 30 (trinta) dias de atestado.