

**PROCURADORIA GERAL DE JUSTIÇA
CONSELHO SUPERIOR DO MINISTÉRIO PÚBLICO**

EXCELENTÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE DO CONSELHO SUPERIOR DO MINISTÉRIO PÚBLICO,
ASSUNTO: LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE SUPERIOR A 15 (QUINZE) DIAS

IDENTIFICAÇÃO LEGÍVEL DO INTERESSADO

Membro: _____
Promotoria de Justiça: _____ Matrícula: _____
e-mail institucional: _____
Telefone (whatsapp): _____
Endereço residencial: _____

PERÍODO DA LICENÇA

Período: ____/____/____ até ____/____/____
Quantidade de dias: _____
Houve concessão de licença para tratamento de saúde nos últimos 60 (sessenta) dias?
() sim () não

Motivo do afastamento

CID:

MÉDICO/DENTISTA:

CRM/CRO: _____

DATA DE EMISSÃO ATESTADO:

ENDEREÇO ATENDIMENTO:

Observações:

DATAS DISPONÍVEIS PARA COMPARECIMENTO À PERÍCIA OFICIAL DO CIASPI*:

1ª OPÇÃO: ____/____/____
2ª OPÇÃO: ____/____/____

_____, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Membro

***AS DATAS INDICADAS DEVEM ESTAR CONTIDAS NO INTERVALO DE TRÊS DIAS CONTADOS DA DATA DO PROTOCOLO DO REQUERIMENTO.**