|  |  |
| --- | --- |
|  | GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO **SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO** DIRETORIA DE ENSINO - REGIÃO DE LIMEIRA **EE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

(Cidade), 02 de Abril de 2018

**Oficio nº** /2018

**Assunto:** Dispensa da realização de perícia médica.

Venho por meio deste informar que NOME, RG, CARGO, SQ\_-\_\_-Q\_\_, classificado nesta unidade escolar, apresentou atestado médico de \_\_\_ dias, no período de 00/00/0000 a 00/00/0000, para fins de Licença para Tratamento de Saúde, nos termos dos §§ 1º e 3º, do artigo 193, da Lei 10.261/1968, regulamentado pelo artigo 2º, do Decreto 62.969/2017 e subitem 2.2 da Instrução UCRH-03/2018, com dispensa da realização de perícia médica oficial e verifiquei que o servidor não teve concedida Licença nestas mesmas condições nos últimos 6 meses, de acordo com o item 9, da referida Instrução.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura do Diretor da Unidade Escolar

Ilmo(a) Sr(a).

Diretor II – CRH

Diretoria de Ensino – Região de Limeira