**ILUSTRÍSSIMO SENHOR DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS DO ESTADO**

|  |
| --- |
| **NOME:** |
| **R.G:** | **CPF:** | **NI:** |
| **ENDEREÇO:** |
| **BAIRRO:** | **CIDADE:** |
| **ESTADO:** | **CEP:** |
| **CARGO:** |
| **SECRETARIA:** |

*.*

*Solicito o enquadramento da licença para tratamento de saúde concedida conforme despacho publicado no D.O.E.**/**/**, como em decorrência de acidente de trabalho/ou doença profissional, nos termos do artigo 57 e seguintes do Decreto nº 29.180/88 .*

*Atenciosamente,*

*, 3 de março de 2023.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Assinatura*

*\* Todos os campos são de preenchimento obrigatório*