**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*