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

*.*

*À vista do acidente sofrido em* */**/**, venho pelo presente requerimento solicitar a instauração de procedimento próprio para fins de comprovação de acidente de trabalho / doença profissional, nos termos do artigo 196 da Lei nº 10.261/68.*

*Atenciosamente,*

*, 3 de março de 2023.*

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

*Assinatura*

*\* Todos os campos são de preenchimento obrigatório*