



**PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, ORÇAMENTO E INFORMAÇÃO DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO  
CENTRO REFERÊNCIA SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR - CRESST

**REQUERIMENTO DE AFASTAMENTOS DE SAÚDE:**

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Data de admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Data de admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Secretaria: \_\_\_\_\_

Número de dias: \_\_\_\_\_ Datas a usufruir: Início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Fim: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Tipo de afastamento:

Licença Saúde (anexar Atestado Médico Particular e Atestado emitido pelo CRESST)

Licença Acompanhamento Pessoa da Família (anexar Atestado Médico referendado pelo CRESST)

Nome do familiar: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Divinópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura Funcionário(a)



**PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, ORÇAMENTO E INFORMAÇÃO DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO  
CENTRO REFERÊNCIA SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR - CRESST

**PROTOCOLO DE AFASTAMENTO DE SAÚDE:**

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Data de admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Data de admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Secretaria: \_\_\_\_\_

Tipo de afastamento:

Licença Saúde (anexar Atestado Médico Particular e Atestado emitido pelo CRESST)

Licença Acompanhamento Pessoa da Família (anexar Atestado Médico referendado pelo CRESST)

Nome do familiar: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

**Uso Interno CRESST**

Número de dias: \_\_\_\_ Datas a usufruir: Início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Fim: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico Assistente: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Recebido em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura e carimbo do(a)  
Funcionário(a)