

**ILUSTRÍSSIMO SENHOR COORDENADOR DA COORDENADORIA DE INSALUBRIDADE
E ACIDENTE DO TRABALHO**

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. XX/XX/X.XXX, como em decorrência de acidente de trabalho/ou doença profissional, nos termos do artigo 39 e seguintes do Decreto nº 69.234/2024.

Atenciosamente,

_____, ____/____/____

Assinatura

