

Ilustríssimo(a) Senhor(a) DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS DO ESTADO.

(nome)

N.I. _____, R.G. _____, residente

na _____
(endereço)

_____, da Secretaria _____
(cargo/função-atividade)

classificado(a) n _____
(unidade)

solicitou _____ dias de licença saúde a partir de _____, (ou licença-saúde a critério médico),
(nº) (data)

tendo o exame médico se realizado no _____.
(órgão e município)

Tendo sido negada a licença (ou concedidos apenas _____ dias) por despacho publicado
(nº)

no D.O.E. de _____, solicita a Vossa Senhoria reconsideração da decisão desse Departamento,
(data)

juntando _____
(documento anexado)

(data)

(assinatura)

(Observação: Remeter para:
D.P.M.E

Avenida Prefeito Passos, s/nº - Várzea do Carmo - São Paulo - Capital - CEP: 01517-020)