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

**NOME:**

**R.G:** **CPF:** **NI:**

**ENDEREÇO:**

**BAIRRO:**

**ESTADO:**

**CARGO:**

**CIDADE:**

**CEP:**

**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 39 e seguintes do Decreto nº*

*69.234/2024.*

*Atenciosamente,*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.*

 *Local Data*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura*

*\* Todos os campos são de preenchimento obrigatório*