

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
ESCOLA MUNICIPAL DE SAÚDE



PREFEITURA DE
SÃO PAULO

REQUERIMENTO DE PRORROGAÇÃO DA LICENÇA-GESTANTE

1 – IDENTIFICAÇÃO DO RESIDENTE (USO EXCLUSIVO DA RESIDENTE)	
NOME	CPF
CARGO/FUNÇÃO	PERÍODO
ENDEREÇO	BAIRRO
CIDADE	CEP
TELEFONE FIXO	CELULAR

2 – IDENTIFICAÇÃO DO MENOR (USO EXCLUSIVO DA RESIDENTE)	
NOME	DATA DE NASCIMENTO ____/____/____

3 – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE (USO EXCLUSIVO DA RESIDENTE)	
UNIDADE DE ORIGEM	SIGLA
PROGRAMA	SIGLA
FONTE PAGADORA Ministério da Saúde - Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas	

4 – REQUERIMENTO (USO EXCLUSIVO DA RESIDENTE)	
VENHO REQUERER	
<input type="checkbox"/>	PRORROGAÇÃO DA LICENÇA À GESTANTE POR ____ DIAS A PARTIR DE ____/____/____
<input type="checkbox"/>	CESSAÇÃO DA PRORROGAÇÃO DA LICENÇA A PARTIR DE ____/____/____
____/____/____ DATA	_____ ASSINATURA DA RESIDENTE

5 – DECLARAÇÃO (USO EXCLUSIVO DA RESIDENTE)	
Declaro estar ciente de que o exercício de qualquer atividade remunerada durante o período de prorrogação da Licença, caracteriza falta disciplinar grave bem como que, na ocorrência de qualquer desses fatos, perderei o direito a prorrogação, sem prejuízo do devido ressarcimento ao erário e da aplicação das penalidades disciplinares cabíveis.	
____/____/____ DATA	_____ ASSINATURA DA RESIDENTE