

ANEXO I

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
MEDICINA DO TRABALHO

Senhor(a) _____

AGENDAMENTO COM MÉDICO DO TRABALHO

Dia da Semana	Data	Hora

Favor apresentar este cartão no dia da consulta.

Estou ciente que devo comparecer na data e horário agendados, conforme disposto na Portaria Geral nº 5115/2018 e que o não comparecimento implicará no impedimento do exercício do meu emprego até que a mesma se realize, sendo que as ausências serão computadas como faltas injustificadas ao serviço.

Pindamonhangaba, _____ de _____ de _____.

Assinatura do servidor