



**Prefeitura Municipal de Limeira**  
**Secretaria Municipal de Administração**  
**Departamento de Gestão de Pessoas**

**Requerimento 2.10**  
**Avaliação de Posto de Trabalho**  
Protocolar

Ao  
Setor de Medicina do Trabalho

Eu, \_\_\_\_\_  
matrícula nº. \_\_\_\_\_, na Secretaria \_\_\_\_\_,

venho requerer avaliação do posto de trabalho, tendo em vista os motivos abaixo  
apresentados, bem como, documentação anexa:

Documentos:

Declaração médica

Outros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Justificativa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Limeira, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Rua Dr. Alberto Ferreira, 179 - Centro - 13480-074 - Limeira/SP

Fone: (19) 3404.9727 | Email: adm.smt@limeira.sp.gov.br