**SERVIÇO DE BEM ESTAR À COMUNIDADE**

Ilmo Sr.(a)

Diretor(a) do SEBEC

Ref. Solicitação de Medicamento por Acidente de Trabalho

Eu, Insira seu nome completo., lotado(a) no(a) Insira seu setor. no cargo de Insira seu cargo., sofri Acidente de Trabalho em Clique ou toque aqui para inserir uma data., e sendo assim, solicito de V.Sª. os medicamentos abaixo, conforme os termos da Resolução CA nº. 159/2005 de 14/09/2005.



















 Nestes termos

#  Pede deferimento

 Londrina, Dia. de Mês por extenso. de Ano..

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

Assinatura do Servidor