



**Anexo II**  
**GUIA DE CONVOCAÇÃO**  
**Prefeitura Municipal de Bom Despacho**  
**Estado de Minas Gerais**  
**Secretaria Municipal de Administração**



**Guia de convocação para exame médico de saúde ocupacional**

Servidor(a) municipal convocado(a):

Nome:

Cargo:

CPF:

Secretaria:

Setor/Unidade:

Data, hora e local da perícia:

**Clínica de Medicina do Trabalho – CLIMETRA.**

Endereço: Rua Padre Vilaça, 235, Centro, nesta cidade

Data:

Horário:



**Anexo II**  
**GUIA DE CONVOCAÇÃO**  
**Prefeitura Municipal de Bom Despacho**  
**Estado de Minas Gerais**  
**Secretaria Municipal de Administração**



**Guia de convocação para exame médico de saúde ocupacional**

Servidor(a) municipal convocado(a):

Nome:

Cargo:

CPF:

Secretaria:

Setor/Unidade:

Data, hora e local da perícia:

**Clínica de Medicina do Trabalho – CLIMETRA.**

Endereço: Rua Padre Vilaça, 235, Centro, nesta cidade

Data:

Horário: