

**REQUERIMENTO DE LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMILIA**

**IDENTIFICAÇÃO DO (A) SERVIDOR (A)**

Nome:	
Cargo:	
Lotação:	
Carga horário/Dia	<input type="radio"/> 06 horas <input type="radio"/> 08 horas <input type="radio"/> 12 horas <input type="radio"/> outra/descreva:
Vinculo:	<input type="radio"/> Efetivo/concursado

**1- DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA JUSTIFICANDO A NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO**

- a) Declaração de internação hospitalar (caso haja internação)
- b) Exames que comprovam o diagnóstico emitido pelo médico assistente do doente
- c) Fotocópia de documento que comprove o parentesco com enfermo
- d) Documentação que comprove parentesco/parentesco/guarda/tutela
- e) Se caso houver mais documentos descreva

---

---

**2- SITUAÇÃO FAMILIAR DO FUNCIONÁRIO:**

O enfermo é seu?

- Filho/enteado     Pai/Padastro     Mãe/Madrasta     Esposo/Companheiro  
 irmão sob tutela/menor sob tutela     Ascendente/descendente (avós e netos)

Qual a idade do enfermo? \_\_\_\_\_

O tratamento está sendo realizado fora do domicílio?

- SIM     NÃO

A assistência ao enfermo é incompatível com o exercício do seu cargo?

- SIM     NÃO

Por quê?

---

---

Por que você é a única pessoa de sua família que pode cuidar do enfermo?

---

---

---

---

**Lei Complementar nº 003 de 28/12/2001**

**Art. 106 – Poderá ser concedida licença ao servidor, por motivo de doença do cônjuge ou companheiro, padrasto ou madrasta, ascendente e descendente, enteado, menor sob guarda ou tutela e irmãos, mediante comprovação pela Junta Médica do Município.**

§ 1º - A Licença somente poderá ser deferida se a assistência direta do servidor for indispensável e não puder ser prevista simultaneamente com o exercício do cargo, o que deverá ser verificado através da Assistência Social.

§ 2º - A licença será concedida sem prejuízo da remuneração do cargo efetivo, até trinta dias, podendo ser prorrogada por igual período, mediante parecer da Junta Médica do Município, e, excedendo estes prazos, sem remuneração.

§ 3º - As Licenças intermitentes, com períodos de interrupção inferiores a trinta dias, serão consideradas sucessivas para fins de cômputo de prazo e pagamento da remuneração.

§ 4º - Não se considera assistência pessoal prestada ao doente a representação dos seus interesses econômicos ou comerciais.

Justificativa: \_\_\_\_\_

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

Solicito a Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde, a Licença de doença em pessoa da família, apresentando todos os documentos necessários (Cópia do RG, cópia do comprovante de endereço, relatório médico justificando a necessidade de acompanhamento, cópia do documento que comprova o parentesco).

Declaro sobe pena de responsabilidade que as informações acima são verdadeiras.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do servidor*

Aparecida de Goiânia \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.