

LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA

Nome completo:	
CPF:	RG:
Cargo:	Matrícula:
Lotação:	
Endereço residencial:	
E-mail:	Telefone:
<p><i>Art. 74 - Conceder-se-á licença por motivo de doença de ascendente, descendente, irmãos, cônjuge ou companheiro (a) demonstrando o funcionário ser indispensável e impeditiva do exercício do cargo sua assistência pessoal permanente.</i></p> <p><i>§ 1º - A licença será concedida, com remuneração integral, até um mês e, após, com os seguintes descontos:</i></p> <p><i>a) de 1/4 (um quarto), nos 2º e 3º meses:</i></p> <p><i>b) de 1/2 (um meio), do 4º ao 6º mês.</i></p> <p><i>§ 2º - A partir do 7º mês, a licença não será remunerada.</i></p> <p>Venho por meio deste, de acordo com o artigo 74 da Lei Municipal 827/89, requerer a concessão de LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA, conforme Atestado Médico em anexo, a partir de ____/____/____, pelo período de _____.</p> <p>Estou ciente de que no período da licença concedida não poderei exercer atividade remunerada.</p> <p>Estou ciente, ainda, que eventual pedido de prorrogação deverá ser apresentado antes do término da licença vigente, se indeferido contar-se-á como de licença o período compreendido entre a data do término e a do conhecimento oficial do despacho.</p> <p>Observações:</p>	
Nestes termos, Pede deferimento. Gurupi, ____ de _____ de _____. <p>_____</p> <p>Requerente</p>	
Anexar: Atestado e relatório completo emitido pelo médico, em nome do familiar acometido pela doença- A licença só será concedida a partir da data que consta no Atestado;	
Comprovação de que a assistência direta do servidor é indispensável e que não poder ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo, emitida pelo hospital onde o familiar encontra-se internado;	
Exames complementares atuais, relativos ao quadro clínico do familiar;	
Documentação do Acompanhante RG, Certidão de Nascimento, CPF e/ou documentos que comprovem o vínculo familiar e/ou dependência (Declaração de Imposto de Renda).	