

## LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

<b>Nome completo:</b>	
<b>CPF:</b>	<b>RG:</b>
<b>Cargo:</b>	<b>Matrícula:</b>
<b>Lotação:</b>	
<b>Endereço residencial:</b>	
<b>E-mail:</b>	<b>Telefone:</b>
<p><i>Art. 65 – A licença dependente de inspeção médica será concedida pelo prazo indicado no laudo. Findo o prazo, haverá nova inspeção, devendo o laudo médico concluir pela volta ao serviço, pela prorrogação da licença ou pela aposentadoria.</i></p> <p><b>Art. 67 - A licença para tratamento da saúde será concedida mediante inspeção médica.</b></p> <p><i>Art. 68 - No curso da licença, o funcionário abster-se-á de exercer qualquer atividade labora, remunerada ou gratuita, sob pena de cassação imediata da licença, com perda total do vencimento correspondente ao período já gozado e suspensão disciplinar.</i></p> <p><i>Art. 69 - No curso da licença, o funcionário poderá ser examinado, a pedido ou ex-offício, ficando obrigado a reassumir imediatamente seu cargo, se for considerado apto para o trabalho, sob pena de se apurarem como faltas os dias de ausência.</i></p> <p><b>Art. 70 - Durante o período de licença para tratamento da saúde, o funcionário terá direito a todas as vantagens que perceba normalmente.</b></p> <p>Venho por meio deste, de acordo com os artigos 65, 67-70 da Lei Municipal 827/89, requerer a concessão de <b>LICENÇA PARA TRATAMENTO DA SAÚDE</b>, sem prejuízo da remuneração, 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 <b>eventual pedido de prorrogação deverá ser apresentado antes do término da licença vigente</b>, 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>	
<p>Nestes termos, Pede deferimento.</p> <p>Gurupi, _____ de _____ de _____.</p> <p>_____</p> <p>Requerente</p>	
<b>Anexar: Cópia dos documentos pessoais e do comprovante de endereço, atestado médico original e exames complementares atuais, relativos ao quadro clínico que deu origem ao benefício solicitado.</b>	