

PRORROGAÇÃO DA LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

Nome completo:	
CPF:	RG:
Cargo:	Matrícula:
Lotação:	
Endereço residencial:	
E-mail:	Telefone:
<p><i>Art. 63 - Terminada a licença, o funcionário reassumirá imediatamente o exercício, exceto se houver prorrogação.</i></p> <p><i>Parágrafo Único - O pedido de prorrogação deverá ser apresentado antes de findo o prazo de licença; se indeferido contar-se-á como de licença o período compreendido entre a data do término e a do conhecimento oficial do despacho.</i></p> <p><i>Art. 64 - O funcionário não poderá permanecer em licença por prazo superior a 24 (vinte e quatro) meses, salvo nos casos dos itens IV, V e I do art. 62.</i></p> <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><i>Art. 67 - A licença para tratamento da saúde será concedida mediante inspeção médica.</i></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><i>Art. 70 - Durante o período de licença para tratamento da saúde, o funcionário terá direito a todas as vantagens que perceba normalmente.</i></p> <p>Venho por meio deste, de acordo com os artigos 63, 64, 65, 67-70 da Lei Municipal 827/89, requerer a concessão da PRORROGAÇÃO DA LICENÇA PARA TRATAMENTO DA SAÚDE, 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 novo 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> <p style="text-align: center;">Nestes termos, Pede deferimento. Gurupi, _____ de _____ de _____.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Requerente</p>	
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.	