



Secretaria Municipal de Administração
Serviço de Atendimento ao Servidor

**REQUERIMENTO PARA CONCESSÃO DE LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA
EM PESSOA DA FAMÍLIA**

- () INICIAL
() PRORROGAÇÃO

Eu, _____
(nome completo)

(matrícula) (estado civil) (lotação) (cargo/função)

DECLARO para todos os fins de Direito, sob as penas do artigo 299 do Código Penal e de acordo com os parágrafos 1º, 2º, 4º, 5º, 6º e 7º do artigo 81 da Lei Municipal 3.210/15 e suas alterações, ser indispensável o meu acompanhamento individual, integral e permanente a

(nome do familiar adoecido)

meu/minha _____ (grau de parentesco estatuído: cônjuge ou companheiro, pais, filhos, padrasto ou madrasta, enteado e avós), não podendo prestá-lo simultaneamente com o exercício do meu cargo/função, sem que haja outro familiar disponível para acompanhar ou partilhar comigo os cuidados demandados.

Outrossim, oportunamente informo que o acompanhamento será realizado no endereço _____, comprometendo-me prontamente a informar ao Serviço de Atendimento ao Servidor se houver mudança do local onde está o paciente.

Neste ato, fico ciente da exigência de homologação da licença mediante perícia/junta médica para a qual terei de apresentar, de acordo com as normas vigentes do Conselho Federal de Medicina, relatório médico circunstanciado e cópia dos exames complementares relativos ao diagnóstico e tratamento. Fico ciente também que o exame médico pericial poderá ser realizado em qualquer momento da vigência da licença, seja de forma documental, ou presencial na Saúde Ocupacional ou até mesmo onde se encontrar o paciente, de acordo com a decisão do médico perito.

Finalizando, solicito que o prazo do meu afastamento seja de _____ dias, a partir de ____/____/____.

Neste ato, assumo como verdadeiras as informações prestadas acima perante a legislação vigente.

Resende/RJ _____ de _____ de _____.

Assinatura por extenso e CPF do servidor(a) requerente: _____