SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS
Praça 1º de Janeiro, 90. Centro. Carmo do Cajuru/MG – CEP: 35.557-000
Tel. (37) 3244-0700 – e-mail: administracao@carmodocajuru.mg.gov.br

REQUERIMENTO DE LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA

1 – DADOS DO(A) SERVIDOR(A)			
Nome *(campo obrigatório)*	Telefone particular com DDD *(campo obrigatório)*	Matrícula *(campo obrigatório)*	Cargo *(campo obrigatório)*

2 – DADOS DA PESSOA DA FAMÍLIA						
Nome Completo *(campo obrigatório)*					Data de Nascimento *(campo obrigatório)*	
Nome Completo da Mãe do Familiar Enfermo *(campo obrigatório)*					CPF *(campo obrigatório)*	
Sexo: ( ) M ( ) F *(campo obrigatório)*	**Relação de Parentesco:** *(campo obrigatório)*	( ) Cônjuge ( ) Companheiro(a) ( ) Filho(a)	( ) Pai ( ) Mãe ( )Enteado(a)	( ) Padrasto ( ) Madrasta ( ) Dependente que viva às suas expensas	**Estado Civil:** *(campo obrigatório)*	( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Outros

3 – OBSERVAÇÃO

3.1 Nos termos do **art. 96 da Lei Municipal nº 1480 de 17 de setembro de 1991**, poderá ser concedida, mediante comprovação por perícia médica, licença ao servidor por motivo de doença do cônjuge ou companheiro, dos pais, dos filhos, do padrasto ou madrasta e do enteado, ou dependente que viva as suas expensas e conste de seus assentamentos funcionais.
3.2 A licença somente será deferida se a **assistência direta do servidor for indispensável e não puder ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo ou mediante compensação de horário**. Assim, conceder-se-á a licença ao servidor se ele for o único, dentre os familiares, capaz de prestar o auxílio que o enfermo necessite para se locomover e alimentar, e/ou para realizar sua higiene pessoal, em tempo integral.
. 3.3 **No atestado deverá constar o nome e a doença (CID) da pessoa assistida.**
3.4 A licença, incluídas as prorrogações, poderá ser concedida, mediante parecer de junta médica, nas seguintes condições:
a) **por até 15 (quinze) dias**, mantida a remuneração do servidor; e
b)**acima de 15 (quinze) dias**, sem remuneração.
3.4 A licença prevista só será concedida se não houver prejuízo para o Serviço Público (art. 96, §3º da lei nº 1480/91)

4 – DECLARAÇÃO

DECLARO, nos termos do ART. 96, § 1º da Lei Municipal nº1480 de 17 de setembro, que a assistência direta a pessoa da minha família acima identificada é indispensável, no período de _____/_____/_____ a _____/_____/_____ , não sendo possível prestá-la de forma simultânea com o exercício do cargo, pois

_____
_____
_____.

_____, _____/_____/_____
Local e Data

[Nome do(a) Servidor(a)]

5 – DE ACORDO DA CHEFIA IMEDIATA

(Nome e Cargo da Chefia)