



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

Exmo. Sr.:

EDSON DE SOUZA VILELA

MD. PREFEITO

Nesta.

Eu, _____, ocupante do cargo de _____, matrícula n.º. _____, portador (a) da Cédula de Identidade RG n.º. _____ e do CPF n.º. _____, residente à Rua _____, n.º _____, no município de _____, lotado (a) na **Secretaria Municipal de _____**, vem requerer a Vossa Excelência, concessão de **LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE**, conforme **Atestado Médico** em anexo e comprovação de parentesco, **a partir de ____/____/____, pelo período de ____ (____) dias, com fundamento no Artigo 81, inciso IV, da Lei nº 1.480, de 17 de dezembro de 1991 e DECLARO** ter ciência dos Art. 103, II,b e 113 da mesma lei.

Nestes Termos,

Pede deferimento.

Carmo do Cajuru, ____ de _____ de 201____.

Servidor (a)

Praça Primeiro de Janeiro, 90 – Centro – Carmo do Cajuru – MG – CEP 35557-000

Tel. (37) 3244-0700 – e-mail: pmcc@carmodocajuru.mg.gov.br