



Formulário para Requerimento de Licença por motivo de Doença em Pessoas da Família. (Lei 1305/91- Art.106).

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR (A)		
Nome:		
Endereço:		
Cargo:	Matrícula:	
Local de Trabalho:	Secretaria:	
Chefia Imediata:	Fone:	
DADOS DO DOENTE		
() Pai () Mãe () Filho(a) () Cônjuge		
Nome do doente:	Idade:	
Consta no cadastro de dependentes junto ao RH? () Sim () Não		
Doença:		
Documento médico apresentado: () Atestado () Laudo/Relatório () Nenhum		
DADOS DO REQUERIMENTO		
Período de Afastamento Requerido: _____ dias.		
Início: / /	Término: / /	
Se for para cuidar de Pai/Mãe: Servidor possui irmãos? () Sim () Não		
DADOS DOS IRMÃOS		
Nome:	Idade:	Domicílio:
Nome:	Idade:	Domicílio:
Nome:	Idade:	Domicílio:
Justificativa:		

Auto-avaliação quanto aos pré-requisitos para esta licença, conforme legislação:		
Lei Municipal nº. 1305/91 (Estatuto do Servidor Público Municipal, Capítulo IV, seção V – Da Licença por Motivo de Doença em Pessoas da Família, Art. 106) <i>“O servidor poderá obter licença por motivo de doença em cônjuge, filhos e pais, cujos nomes constem de seu assentamento individual, desde que prove ser indispensável a sua assistência pessoal, e esta não possa ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo, o que deverá ser apurado através de Junta Médica Oficial e acompanhamento social”.</i>		
1. O familiar doente é meu cônjuge/filho(a)/pai/mãe? () Sim () Não		
2. O nome do familiar doente consta no meu assentamento individual? () Sim () Não		
3. Conforme recomendação médica explícita com base no quadro clínico do doente, a assistência pessoal de um cuidador é indispensável? () Sim () Não		
4. Apresentei relatório/laudo do médico assistente solicitando esta assistência pessoal integral? () Sim () Não		
5. Minha assistência pessoal ao familiar doente deve ser exclusiva, ou seja, não é possível		



Formulário para Requerimento de Licença por motivo de Doença em Pessoas da Família. (Lei 1305/91- Art.106).

- conciliar simultaneamente com o exercício do cargo? () Sim () Não
6. Outros familiares (se existirem) encontram-se impossibilitados de prestar esta assistência ao doente? () Sim () Não
7. Aceito receber visita domiciliar do Serviço Social da Prefeitura Municipal de Gaspar para apuração e acompanhamento social? () Sim () Não
8. Aceito prestar as informações necessárias à apuração da Junta Médica Oficial da Prefeitura Municipal de Gaspar? () Sim () Não
9. Conforme minha auto-avaliação, preencho os critérios desta licença e julgo-me apta a afastar-me de meu trabalho para cuidar do familiar doente? () Sim () Não

2

DECLARO que as informações acima prestadas são verdadeiras e de minha total responsabilidade. Estou **CIENTE** de que devo permanecer cuidando **integralmente** do familiar doente, conforme detalhes por mim informados na apuração, não podendo exercer qualquer outra atividade, remunerada ou não, concomitante a este período de afastamento, sob pena de tornar sem efeito esta licença.

Gaspar/SC, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Servidor (a)

Para uso do RH:

Servidor(a) já passou por:

() Atendimento Inicial () Visita Domiciliar () Médico do Trabalho

Parecer:

() Deferido: Período de _____ (_____) dias.

Início: / / **Término:** / /

() Indeferido:

Motivo: _____

WALESKA MATTOS PALM
Psicóloga CRP12/06522
Matrícula 8776

Assistente Social

Médico(a)

Diretora-Geral de Gestão de Pessoas