



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

REQUERIMENTO

Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família

Art. 96 da Lei nº 184/1997

INICIAL ()

PRORROGAÇÃO ()

1 - DADOS DO REQUERENTE

Nome:

Matrícula:

Telefone:

Cargo:

CPF:

Email:

Endereço pessoal:

Secretaria:

Chefia imediata:

() Servidor efetivo () Comissionado () Celetista

Através deste, venho requerer **LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA**, nos termos do art. 96, da Lei nº 184/1997, por ____ dias, a partir de ____/____/____.

2 - DADOS COMPLETOS DA PESSOA A SER ACOMPANHADA

Nome do familiar: _____

Relação de parentesco: () Filho/enteado/dependente () Pai/mãe/padrasto/madestra () Cônjuge ou companheiro () Irmão

Se for para cuidar do pai ou mãe ou irmão: Servidor possui irmãos? () sim () não

Justificativa caso possui irmão:

Que tipo de assistência direta será prestada pelo servidor ao familiar?



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

() Cuidados domiciliares

() Outros: _____

3 - DOCUMENTOS APRESENTADOS

() Relatório médico justificando a necessidade de acompanhamento;

() Declaração de internação hospitalar;

() Exames que comprovem o diagnóstico emitido pelo médico;

() Documento que comprove o parentesco com o enfermo;

() Outros: _____

4 – DECLARAÇÃO

Declaro, nos termos do artigo 96 da Lei Municipal nº184/1997, que a assistência direta a pessoa da minha família acima identificada é indispensável, não sendo possível prestá-la de forma simultânea com o exercício do cargo.

Local e Data: _____

Assinatura do requerente: _____

OBS: É de inteira responsabilidade do servidor comunicar a chefia imediata sobre o seu afastamento.

5 - DE ACORDO COM CHEFIA IMEDIATA

() Homologo a ausência do servidor no período acima mencionado, baseado nas informações atestadas.

() Não Homologo a ausência do servidor no período acima mencionado, baseado nas informações atestadas.

Local e data: _____

Assinatura: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

REQUERIMENTO

Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família

Inciso VII do Art. 9º da Lei nº 1.010/2021

INICIAL ()

PRORROGAÇÃO ()

1 - DADOS DO REQUERENTE

Nome:

Matrícula:

Telefone:

Cargo:

CPF:

Email:

Endereço pessoal:

Secretaria:

Chefia imediata:

() Servidor Contratado

Através deste, venho requerer **LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA**, nos termos do Inciso VII, do art. 9º, da Lei nº 1010/2021, por ____ dias, a partir de ____/____/____.

2 - DADOS COMPLETOS DA PESSOA A SER ACOMPANHADA

Nome do familiar: _____

Relação de parentesco: () Filho/enteado/dependente

Que tipo de assistência direta será prestada pelo servidor ao familiar?

() Cuidados domiciliares

() Outros: _____

