



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

REQUERIMENTO PARA CONSULTA MÉDICA

Instrução Normativa nº 003/2023

1 - DADOS DO REQUERENTE	
Nome:	
Matrícula:	Telefone:
Cargo:	CPF:
Email:	
Endereço pessoal:	
Secretaria:	
Chefia imediata:	
() Servidor efetivo () Comissionado () Contratado () Celetista	
Através deste, venho comunicar ausência ao trabalho em razão de CONSULTA MÉDICA PARA ACOMPANHAR PESSOA DA FAMÍLIA , nos termos do §4º e §5º do art. 7º da Instrução Normativa nº 003/2023, a ser realizada no dia ____/____/____, em _____.	
2 - DOCUMENTOS APRESENTADOS	
() Comprovante de agendamento da consulta	
() Comprovação de Parentesco	
() Outros	
As horas ou os dias não trabalhados serão cumpridos através de :	
() Compensação de Horas	



PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJA DA TERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Local e Data: _____

Assinatura do requerente: _____

OBS: É de inteira responsabilidade do servidor comunicar a chefia imediata sobre o seu afastamento. A não compensação de horas será considerado como falta injustificada, como consequência desconto em folha de pagamento.

3 – CONVERSÃO DO PEDIDO

Converter o pedido em licença por motivo de doença em pessoa da família:

() Sim

() Não

Justificativa: _____

4 - DE ACORDO COM CHEFIA IMEDIATA

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

() Compensação de horas.

() Conversão de compensação de horas para licença por motivo de doença em pessoa da família.

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

() Desconto em Folha de pagamento como falta injustificada.

Observações: _____

Local e data: _____

Assinatura: _____