



Prefeitura de  
Anápolis

**PREFEITURA DE ANÁPOLIS**  
Secretaria de Governo e Recursos Humanos

**NÚCLEO DE MEDICINA**

**- REQUERIMENTO -**

**Para concessão de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família do Servidor**

**DADOS PESSOAIS/  
FUNCIONAIS**

NOME: _____	TELEFONE: _____
CARGO/FUNÇÃO: _____	MATRÍCULA: _____
C.P.F.: _____	UNIDADE DE LOTAÇÃO: _____
ENDEREÇO: _____	
FILIAÇÃO: (MÃE) _____	FILIAÇÃO: (PAI) _____

**DOCUMENTAÇÃO DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA PARA INÍCIO DA TRAMITAÇÃO DA LICENÇA.**

**SITUAÇÃO FAMILIAR DO FUNCIONÁRIO**

Relatório médico justificando a necessidade do acompanhamento?..... ( )SIM ( )NÃO

Declaração de internação hospitalar (caso haja internação)?..... ( )SIM ( )NÃO

Exames que comprovam o diagnóstico emitido pelo médico assistente do doente?..... ( )SIM ( )NÃO

Fotocópia de documento que comprove o parentesco com o enfermo?..... ( )SIM ( )NÃO

O enfermo é seu (ua)? ( )Filho(a) ( )Pai ( )Mãe ( )Esposo(a) ( )Outro – Descreva:\_\_\_\_\_.

Qual é a idade do enfermo? \_\_\_\_\_.

O tratamento está sendo realizado fora do seu domicílio?..... ( )SIM ( )NÃO

Por quê?\_\_\_\_\_

Por que você é a única pessoa de sua família que pode cuidar do enfermo? Comprove:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CONCLUSÃO**

**Apenas para acompanhamento de pais preencha os requisitos a seguir:**

Ambos são vivos?..... ( )SIM ( )NÃO

De quantos irmãos é composta sua família?\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Declaro sob pena de responsabilidade que as informações acima são verdadeiras e tenho ciência que a PESSOA ENFERMA TERÁ QUE SER AVALIADA PELA PERÍCIA MÉDICA DO MUNICÍPIO, salvo apresentação da declaração de internação Hospitalar.**

Anápolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO SERVIDOR**