



**PARA CONCESSÃO DE LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA DO
SERVIDOR**

DADOS FUNCIONAIS:

| | | |
|---------------------|--|------------|
| NOME: | | |
| TELEFONE / CELULAR: | | |
| E-MAIL: | | |
| CARGO / FUNÇÃO: | | |
| CPF: | MATRÍCULA: | |
| UNIDADE DE LOTAÇÃO: | | |
| ENDEREÇO: | | |
| BAIRRO: | CEP: | MUNICÍPIO: |
| FILIAÇÃO (PAI) | | |
| FILIAÇÃO (MÃE) | | |
| DESTINATÁRIO: | NÚCLEO DE MEDICINA DO TRABALHO (PERÍCIA). | |

DOCUMENTAÇÃO DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA PARA INÍCIO DA TRAMITAÇÃO DA LICENÇA.

Relatório médico explicando a necessidade do acompanhamento? ()SIM ()NÃO
Declaração de internação hospitalar (caso haja internação)? ()SIM ()NÃO
Exames que comprovam o diagnóstico emitido pelo médico responsável pelo doente? ()SIM ()NÃO
Fotocópia de documento que comprove o parentesco com o enfermo? ()SIM ()NÃO
O enfermo é seu/sua)? ()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? Justifique: _____

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

Para mais informações: 3902 – 2553