



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANAPOLIS

LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA DO SERVIDOR

DADOS FUNCIONAIS:

NOME:		CPF:
E-MAIL:		TELEFONE/CELULAR:
ENDEREÇO RESIDENCIAL:		
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:
CARGO/FUNÇÃO:		MATRÍCULA:
SECRETARIA:		
UNIDADE DE LOTAÇÃO:		
DESTINATÁRIO:		

DOCUMENTAÇÃO 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
- Documentos que comprovem 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 \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

ASSINATURA DO REQUERENTE