



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 aacompanhamento 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