



PREFEITURA MUNICIPAL DE PERDIGÃO - MG

REQUERIMENTO DE LICENÇA POR
MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA
FAMÍLIA

REQUERENTE:

NOME DO(A) SERVIDOR(A):

MATRÍCULA:

CARGO EFETIVO:

DATA DA POSSE:

TELEFONE:

CPF:

ENDEREÇO:

LOTAÇÃO:

() Requer LICENÇA Por Motivo de Doença em Pessoa da Família nos termos do Art. 135 da Lei nº. 937 de 20 de março de 1991- Estatuto dos Servidores Públicos do Município de Perdigoão por ____ (____) dias, a partir de ____/____/____.

Nestes termos,

Pede deferimento.

Perdigoão, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Requerente

DADOS DO FAMILIAR

Nome do Familiar: _____

CPF: _____ GRAU DE PARENTESCO _____

Perdigoão, ____ de ____ de ____.

Assinatura do requerente: _____

DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS

- 1 – Atestado médico original
- 2 - Cópias dos documentos do familiar
- 3 – Exames médicos, receitas e/ou outros documentos referentes a doença que motivou o afastamento

PROTOCOLO

Recebido em ____/____/____, juntamente com os documentos

Assinatura do Servidor