



ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE GESTÃO E PLANEJAMENTO
Gerência de Saúde e Prevenção

REQUERIMENTO

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

Lei Nº 10.460/88

Art. 227 - Ao funcionário poderá ser deferida licença por motivo de doença de ascendente, descendente, colateral, consanguíneo ou afim até o 2º grau civil e do cônjuge.

§ 1º - São condições indispensáveis para a concessão da licença prevista nesta seção:

I - prova da doença em inspeção médica verificada na forma dos §§ 1º e 3º do art. 224;

II - ser indispensável a assistência pessoal do funcionário e que esta seja incompatível com o exercício simultâneo do cargo.

§ 2º - A licença a que se refere este artigo será:

I - com vencimento integral até o quarto mês; II - com 2/3 (dois terços) do vencimento do quinto ao oitavo mês; III - com 1/3 (um terço) do vencimento do nono ao décimo segundo mês; IV - sem vencimento do décimo terceiro ao vigésimo quarto mês.

- Preencha todos os campos

- O não preenchimento de qualquer campo implicará no indeferimento desta solicitação.

IDENTIFICAÇÃO DO (A) SERVIDOR (A)

Nome			
Cargo:		Lotação:	
Carga horário/Dia:	() 02 horas () 04 horas () 06 horas () 08 horas () outra/descreva:		
Provimento:	() efetivo () comissionado () outro/Qual		

Solicito a Gerência de Saúde e Prevenção, licença por motivo de doença em pessoa da minha família, apresentando todos os documentos necessários, para o encaminhamento do processo.

DOCUMENTAÇÃO DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA PARA INÍCIO DA TRAMITAÇÃO DA LICENÇA

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 enfermo? () Sim () Não

Outros (descreva): _____

SITUAÇÃO FAMILIAR DO FUNCIONÁRIO – Preencha todos os campos

O enfermo é seu? () Filho () Pai () Mãe () Esposo () Outro – descreva: _____

Qual a idade do enfermo: _____

O tratamento está sendo realizado fora do seu domicílio?..... () Sim () Não

A assistência ao enfermo é incompatível o com exercício do seu cargo?..... () Sim () Não

Por que: _____

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

Apenas para acompanhamento de pais preencha os requisitos a seguir:

De quantos irmãos é composta sua família: _____

O outro dos pais (que não está enfermo) é falecido () Sim () Não

Declaro sob pena de responsabilidade que as informações acima são verdadeiras.

Goiânia, ____ de _____ de _____

Assinatura