**REQUERIMENTO DE  
LICENÇA PARA AUXÍLIO DE TRATAMENTO DE SAÚDE DE FAMILIAR**

REQUERENTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FUNÇÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MATRICULA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA INICIAL E FINAL DO AFASTAMENTO:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ À \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.

NOME DO FAMILIAR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONDIÇÃO MÉDICA ACOMETIDA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BASE LEGAL: LEI MUNICIPAL 487/1981, Art. 100.

AO ASSINAR ME DECLARO CIENTE DE QUE A LICENÇA SERÁ CONCEDIDA DESDE QUE O NOME DO FAMILIAR CONSTE NO MEU ASSENTAMENTO FUNCIONAL E QUE SEJA COMPROVADA A NECESSIDADE DE ME AUSENTAR AO SERVIÇO PARA PRESTAR A ASSISTÊNCIA PESSOAL.

Rodeio, \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**REQUERENTE**