# A (O)

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Sistema de Gestão de Pessoas

**REQUERIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Servidor(a) Público(a) Municipal, com matrícula nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente na Av./Rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em efetivo exercício no Cargo/Função de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lotado(a) na Secretaria Municipal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na unidade/local \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Venho por meio deste REQUERER, **LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA,** conforme **atestado médico em anexo.**

Considerando o artigo 118 da Lei Complementar nº 140 de 26 de agosto de 2011 - Estatuto dos Servidores Públicos da Administração Pública Direta, Autárquica e Fundacional do Município de Sorriso/MT, informo referente familiar doente os seguintes dados:

Nome do familiar doente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período do Afastamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Relação de parentesco: ( ) cônjuge ou companheiro(a)

( ) filho(a) ( ) enteado(a) ( ) pai ( ) mãe ( ) padrasto ( ) madrasta

( ) dependente que viva as suas expensas e conste do seu assentamento funcional.

Outrossim, informo que estou ciente que conforme §2° do referido artigo, “A licença de que trata o caput, incluídas as prorrogações, poderá ser concedida a cada período de doze meses nas seguintes condições:

I - Por até 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, mantidos a remuneração do servidor;

II – Após o período mencionado acima, poderá acrescer 30 (trinta) dias, consecutivos ou não, sem remuneração, sempre observando o prazo de 90 (noventa) dias.

Grato(a) de vossa compreensão, aguardo deferimento.

Sorriso/MT, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do servidor  Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_  E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Chefia Imediata  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Secretário da Pasta |  |