**LICENÇA PARA ACOMPANHAR PESSOA DA FAMILIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| REQUERENTE |  |  | MATRÍCULA SIAPE |
|  |  |  |  |
| CARGO | TELEFONE |  | E-MAIL |
|  |  |  |  |
| LOTAÇÃO |  | EXERCÍCIO |
|  |  |  |  |

 Ao Departamento de Qualidade de Vida da PROGEPE

 Venho requerer, com fundamento no Art.83 da Lei n° 8.112/1990, Licença acompanhar pessoa da família, por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dias, a partir de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

 **Informar:**

 Nome do familiar:

 Grau de parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Nascimento:\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_

 Endereço de onde o familiar encontra-se durante a vigência do atestado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Está hospitalizado? ( ) SIM ( ) NÃO Está acamado? ( ) SIM ( ) NÃO

 Outros períodos da mesma Licença nos últimos 12 meses:

 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

 **Estou ciente que:**

1) O servidor tem até cinco dias, contados da data do início do afastamento para formalizar o pedido de licença para tratamento de saúde;

2) Na impossibilidade do comparecimento, o servidor deverá indicar representante que possa formalizar o pedido de afastamento junto a Unidade SIASS, respeito o prazo informado acima;

3) Os atestados e/ou laudos médicos apresentados deverão ser colocado em **envelope lacrado**, identificado e marcado como confidencial, contendo o código da doença (CID10) do familiar e informando que a assistência direta do servidor é indispensável na recuperação do enfermo, bem como data e assinatura legíveis com carimbo contendo o CRM do médico atendente.

4) A licença para acompanhar pessoa enferma da família será concedida por até 60 dias com direito à remuneração. Acima deste período, sem remuneração.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do requerente

 **Anexar:**

. Atestado ou Laudo Médico a ser apresentado no Serviço de Perícia Oficial em Saúde do DQV;

.Exames comprobatórios da doença do familiar;

 Base Legal:

* Lei nº 8.112/90, art.91
* Orientação Normativa nº03, de 23/02/2010