

REQUERIMENTO DE DIREITOS E VANTAGENS**LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA**

ED-F-043-00

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

NOME:		MATRÍCULA:	
SECRETARIA:		SETOR DE LOTAÇÃO:	
ENDEREÇO COMPLETO:		CARGO:	
EMAIL:		TELEFONE:	

EMBASAMENTO LEGAL**Lei 1.786/11 - Regime Jurídico Único**

Art. 95 Poderá ser concedida a licença ao servidor, por motivo de doença do cônjuge ou companheiro, padrasto ou madrasta, ascendente e descendente, mediante comprovação médica.

§1º A licença somente será deferida se a assistência direta ao servidor for indispensável e não puder ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo, o que deverá ser apurado através de acompanhamento social.

§2º A licença será concedida, sem prejuízo da remuneração do cargo, até 15 (quinze) dias, podendo ser prorrogada por iguais períodos até o limite de 60 (sessenta) dias, mediante parecer de junta médica oficial, sendo que o excedente a este prazo transformá-la-á em licença para tratar de interesse particular, sem remuneração, pelo prazo máximo previsto no artigo 98 desta lei.

Portaria 463/2016- SEMAD

Art. 14 Através de requerimento previamente formulado poderá ser concedida licença ao servidor, por motivo de doença do cônjuge ou companheiro, ascendente e descendente, padrasto e madrasta mediante comprovação médica.

§1º Nos casos de necessidade de acompanhamento de urgência ou emergência, devidamente justificado, o servidor deverá acionar o chefe imediato, no prazo de 2 (dois) dias úteis do início de sua ausência do trabalho, para que sejam tomadas as medidas cabíveis.

§2º A licença somente será deferida se a assistência direta do servidor for indispensável e não puder ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo e ainda se constatada a inexistência de outro familiar para acompanhamento do paciente, condição que deverá ser declarada pelo servidor e poderá ser apurada por meio de organismo de assistência social do Município, vinculado ao setor competente, e na falta deste, por profissional designado por aquele setor ou pela Secretaria de Administração.

§3º A licença será concedida, com a remuneração do cargo efetivo, até 30 (trinta) dias, podendo ser prorrogada por iguais períodos até o limite de 60 (sessenta) dias, sendo que o excedente a este prazo transformá-la-á em licença para tratar de interesse particular, sem remuneração, pelo prazo máximo de 04 (quatro) anos.

§4º Para verificação do direito à licença será contabilizado o número de dias já usufruídos no último ano, a contar do início do pedido da nova licença.

§5º Para a concessão desta licença, é imprescindível a presença do servidor e, quando solicitado, também a do familiar doente no recinto da unidade de inspeção e perícia médica do Município

PRÉ REQUISITOS

1-	Ter, o paciente, um dos graus de parentesco previsto no artigo 95 de Regime Jurídico Único: cônjuge ou companheiro(a), padrasto, madrasta, pai, mãe e filhos.
2-	Ser, a assistência direta do servidor ao paciente, indispensável.
3-	Ser, o servidor, o único familiar existente para prestação da assistência ao paciente
4-	Servidor possuir saldo para gozo da licença nos prazos estabelecidos pela Lei (60 dias por ano)

Para concessão da licença por motivo de doença na família o servidor deve cumprir todos os pré requisitos acima

QUEM PODE SOLICITAR

Servidores efetivos

QUEM PODE AUTORIZAR

Gerência de Gestão de Pessoas - SEMAD

Secretário de Administração

ANEXOS

Atestado médico - CID 10 Z76.3 e/ou relatório médico que ateste a necessidade de acompanhamento do paciente - ambos com período/prazo de afastamento definido

Documentos pessoais do paciente e do servidor requerente que atestem o grau de parentesco entre os mesmos

SOLICITAÇÃO

MARCAR A OPÇÃO DESEJADA

LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA NA FAMÍLIA - EXERCÍCIO: _____ PERÍODO DE : ____/____/____ A ____/____/____

CANCELAMENTO DO REQUERIMENTO DE LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA NA FAMÍLIA

CANCELAMENTO DA LICENÇA CONCEDIDA PELA PORTARIA: _____

MOTIVO: _____

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a prestação de assistência direta ao paciente _____, meu(inha) _____ (grau de parentesco), é indispensável e não pode ser prestada simultaneamente com o exercício do meu cargo/funções. Declaro ainda ser o único familiar disponível e/ou habilitado para o acompanhamento do paciente. Por fim, declaro estar ciente de que o município poderá apurar as condições por mim declaradas para verificar a veracidade das informações.

ASSINATURA DE REQUERENTE

AUTORIZAÇÕES

REQUERENTE:

CHEFE IMEDIATO (CIÊNCIA):

ASSINATURA E CARIMBO

SECRETÁRIO DA PASTA (CIÊNCIA):

DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO

PARECER DA SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO - GERÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS

DEFERIDO

PRÉ REQUISITOS ATENDIDOS NA FORMA DA LEI

INDEFERIDO

GRAU DE PARENTESCO DO PACIENTE/SERVIDOR NÃO PREVISTO NA LEI

LIMITE DE 60 DIAS/ANO EXTRAPOLADO

DOCUMENTAÇÃO IRREGULAR E/OU INCOMPLETA

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE