

À:

JUNTA MÉDICA OFICIAL DO MTPA – BRASÍLIA – DF

LICENÇA PARA ASSISTIR PESSOA DA FAMÍLIA

Informo que o (a) servidor (a) _____ está prestando ou prestará assistência a _____ no período de ____ (____) dias, a partir de ____/____/____.

Informo ainda que a referida assistência é indispensável.

Obs.: De acordo com a lei específica a licença somente será deferida se a assistência direta do servidor for indispensável e não puder ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo (Lei 8.112/90, Art. 83 e seu parágrafo 1º). O afastamento do trabalho somente deverá ocorrer após a concessão da licença. A comprovação de parentesco é obrigatória.

É vedado o exercício de atividade remunerada durante o período da licença (Art. 81, § 3º, Lei 8112/90).

RESUMO DO EXAME CLÍNICO DO PACIENTE

CID (10ª Revisão – 1993) → _____

_____, ____/____/____.

Local/Data

Assinatura e Carimbo do Médico

SR. MÉDICO ASSISTENTE

FAVOR ENCAMINHAR À JUNTA MÉDICA OFICIAL
EM ENVELOPE LACRADO (CONFIDENCIAL).