**NORMATIVA LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA**

Poderá ser concedida licença ao servidor, por motivo de **DOENÇA** do cônjuge ou companheiro (a), pai, mãe filhos, enteados, que viva a suas expensas e conste do seu assentamento funcional, mediante comprovação médica.

 A licença somente será deferida se a assistência direta do servidor for indispensável e não puder ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo ou mediante compensação de horário.

A necessidade de assistência direta do servidor deverá ser apurada através de acompanhamento social.

A licença por motivo de doença **em Pessoa da Família**, será concedida mediante inspeção médica realizada pelo setor médico.

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

* O atestado médico deverá ser protocolado no prazo máximo de até 24 horas, contados da data do início do afastamento do servidor.
* O atestado/relatório médico deverá conter o nome do servidor e a necessidade de acompanhamento do familiar, o nome do familiar, o período de afastamento sugerido pelo médico assistente e o CID (Código Internacional de Doença) da doença do familiar
* O familiar dependente deve estar devidamente registrado no prontuário do servidor.

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

* [REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO](https://progep.ufra.edu.br/images/conteudo/manual_do_servidor/afastamentos_licencas_concessoes/licenca_doenca_pessoa_familia/formulario_licenca_motivo_doenca_pessoa_familia__.docx) de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família devidamente preenchido e assinado pelo servidor e pela chefia imediata, conforme modelo em anexo.
* **Atestado/relatório médico** com identificação do servidor, do profissional e CID (da doença ou agravo do familiar/paciente), receita médica, relatório médico e exames do familiar/paciente (se houver).

**FLUXO DO PROCESSO**

|  |  |
| --- | --- |
| **LOCAL** | **ATIVIDADE** |
| **Solicitante** | Abre o processo com a documentação solicitada. |
| **Setor Médico** | Realiza a análise documental e a perícia médica, se for o caso. Após, emite laudo.  |
| **DEPES** | Solicita emissão de portaria, se for o caso |
| **Gabinete do Prefeito** | Emissão de portaria. |
| **DEPES** | Realiza os devidos registros e Arquivo na pasta setorial do servidor.  |

**REQUERIMENTO DE LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA**

**Exmo. Sr.**

**João Bosco Borges**

**Prefeito Municipal de Itatinga**

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome completo)

CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_\_\_ocupante do Cargo/função:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

End. Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vem, mui respeitosamente, à presença e Vossa Excelência, **REQUER A CONCESSÃO DE \_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) dias de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:** |  |
| **Idade:** |  | **Parentesco:** |  |
| **Endereço:** |  |

|  |
| --- |
| DECLARO que a assistência direta a pessoa da minha família acima identificada é indispensável, no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ , já que sou o único, dentre os familiares, capaz de prestar o auxílio que o enfermo necessita, não sendo possível prestá-la de forma simultânea com o exercício do cargo, pois: **JUSTIFICAR O MOTIVO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Nestes Termos,**

**P. Deferimento**

**ASSINATURA E CIÊNCIA Itatinga,** (\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_)

|  |  |
| --- | --- |
| **REQUERENTE** | **CHEFIA IMEDIATA** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(assinatura do requerente)** | Chefia imediata informar o último dia do trabalho do servidor Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(assinatura da chefia imediata)** |

1. **CHECKLIST DE DOCUMENTOS**

|  |
| --- |
|[ ]  Formulário/Requerimento devidamente preenchido |
|[ ]  Relatório Médico com identificação do servidor, do profissional e CID (da doença ou agravo do familiar/paciente), |
|[ ]  Receita médica |
|[ ]  Atestado médico e exames do familiar/paciente (se houver).  |
|[ ]  Exames comprobatórios da doença  |

1. **OBSERVAÇÕES**
* A licença **somente será deferida** se a assistência direta do servidor **for indispensável e não puder ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo** ou mediante compensação de horário. Assim, conceder-se-á a licença ao servidor se ele for o único, dentre os familiares, capaz de prestar o auxílio que o enfermo necessite, tais como: para se locomover, alimentar, e/ou para realizar sua higiene pessoal e em tempo integral.
* A necessidade de assistência direta do servidor deverá ser apurada através de acompanhamento social.
* A licença por motivo de doença **em Pessoa da Família**, será concedida mediante inspeção médica da documentação apresentada.
* O Requerimento protocolado fora do prazo será indeferido.
1. **LEGISLAÇÃO: LEI Nº 1876, de 15 de maio de 2012 – Institui o Setor Médico dos Servidores Públicos Municipais e Itatinga**

Art. 5º - Toda e qualquer ausência por motivo médico deverá ser comunicada ao Serviço Médico do Pessoal até, no máximo, 24 horas do início de sua ocorrência.

§ 1º Incluem-se nestes casos, as ausências para realização de exames médico-complementares ou acompanhamento de familiares dependentes registrados no Setor de Recursos Humanos.

§ 2º Todo atestado e/ou declaração para justificativa de ausência deverá ser apresentada no mesmo dia ou, no máximo, no 1º dia útil imediato ao início do período de falta ao Setor Médico do Pessoal, em impresso oficial da Associação Paulista de Medicina ou Instituição de Saúde Oficial ou Privada constando de todos os elementos que justifiquem o atendimento e/ou afastamento do trabalho:

a) O atestado médico não poderá ser retroativo e deverá conter a data do atendimento, tempo presumível de afastamento e Código Internacional da Doença - C.I.D. com o número de dígitos da nomenclatura oficial (cinco ou o especificado em novas normas), devendo ser instruído com receita médica e comprovante de atendimento à receita a critério do Serviço Médico de Pessoal.