



REQUERIMENTO DE HOMOLOGAÇÃO DE ATESTADO, AUSÊNCIA, LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA, RESTRIÇÃO, READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO E REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA À SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA:

Nome:	
Cargo:	Matrícula:
Lotação:	Local de trabalho:
Telefone:()	E-mail:
Endereço:	

Venho requerer, de acordo com as informações complementares:

<input type="checkbox"/>	Homologação de Atestado Médico até 15 (quinze) dias. *Anexar cópias lacradas de Exames, Laudos Médicos e Receitas.
<input type="checkbox"/>	Homologação de Atestado Médico superior 15(quinze) dias. *Anexar cópias lacradas de Exames, Laudos Médicos e Receitas.
<input type="checkbox"/>	Ausência para acompanhamento/Assistência. (Art. 116, III, da Lei Complementar nº 066/2019) *Anexar Atestado Médico de acompanhamento ou documento correspondente contendo quantidade de dias, identificação do acompanhante e Assinatura e Carimbo do Médico. ** Anexar documentação de Parentesco ou vínculo. (Art. 116 III, da Lei Complementar 066/2019).
<input type="checkbox"/>	Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família (Art. 94, da Lei Complementar nº 066/2019). *Anexar Laudo Médico original lacrado com quantitativo de dias. ** Anexar documentação de Parentesco. OBS: A referida Licença implicará em suspensão no período aquisitivo da Licença Prêmio, e somente poderá ser concedida após verificação de Inquérito Administrativo.
<input type="checkbox"/>	Prorrogação de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família (Art. 94, da Lei Complementar 066/2019). *Anexar Laudo Médico original lacrado com quantitativo de dias. ** Anexar documentação de Parentesco. OBS: A referida Licença implicará em suspensão no período aquisitivo da Licença Prêmio, e somente poderá ser concedida após verificação de Inquérito Administrativo.
<input type="checkbox"/>	Restrição de Função ou Readaptação de Função (Art.20, Lei Complementar 066/2019). *Anexar cópia do Laudo Médico lacrado, o original deverá ser apresentado quando for analisado pelo DESAS.
<input type="checkbox"/>	Redução de Carga Horária (Art.119, Lei Complementar 066/2019). *Anexar Laudo Médico original lacrado. ** Anexar documentação de Parentesco ou vínculo.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Rio das Ostras, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Servidor