#  LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA

**DECLARAÇÃO DO SERVIDOR**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula nº\_\_\_\_\_\_\_\_, ocupante do cargo público de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lotado(a) no(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com fundamento no art. 90 da Lei Complementar nº 164 de 25 de abril de 2017:

“Art.90 - Poderá ser concedida licença ao servidor por motivo de doença do cônjuge ou companheiro, dos pais, dos filhos, do padrasto ou madrasta e enteado, ou dependente que viva às suas expensas e conste do seu assentamento funcional, mediante comprovação por junta médica oficial.

§1º- 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.”

Declaro para fins de solicitação de licença por motivo de doença em pessoa da família **NÃO poder prestar assistência ao familiar simultaneamente com o exercício do cargo.**

Luzerna, \_\_\_\_\_\_\_\_de de \_\_

Assinatura do(a) servidor(a)

#  LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA

**DECLARAÇÃO DA CHEFIA IMEDIATA**

Com o objetivo de subsidiar a Perícia Médica na análise do processo

do servidor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cuja solicitação de licença refere-se ao período\_\_\_/\_\_\_/ a / / declaro:

1. Horário de funcionamento da Unidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ( ) Não há possibilidade de compensação de horário;

( ) Há possibilidade de compensação de horário nos termos do §1º do art. 90 da Lei Complementar nº 164 de 25 e abril de 2017 e a mesma será feita até o mês subseqüente ao da ocorrência, nos seguintes horários, local de trabalho e atividades abaixo relacionadas.

#  Chefia Imediata

(Assinatura do chefe imediato com carimbo ou identificação legível)

# LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA

**DADOS DO SERVIDOR**

**NOME: MATRÍCULA: UNIDADE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**JORNADA SEMANAL: HORÁRIO DE TRABALHO:**

**END: complemento: Bairro: Cidade: CEP: TELEFONES**: **EMAIL**:

**OBS: Para a homologação desta licença é necessário o PARECER DA ASSISTENTE SOCIAL, e para tanto, contatos telefônicos ou por email serão necessários, assim como, podem ocorrer visitas hospitalares e/ou domiciliares. Os telefones informados nos formulários DEVEM estar disponíveis para contato.**

**DADOS DO FAMILIAR**

**NOME DO FAMILIAR: PARENTESCO:**

 Cônjuge ou companheiro(a) Pais Filho(a)  Padrasto ou madrasta Enteado(a)

# DATA DE NASCIMENTO: / / PROFISSÃO:

**SE O FAMILIAR É DEPENDENTE:** Consta do assento funcional? Sim Não

# END: complemento: Bairro: Cidade: CEP:

Início da doença: / / O paciente está internado?Sim Não

Médico responsável pelo paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefones de contato:\_\_\_\_\_\_\_Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Caso não esteja internado, está sendo assistido por algum profissional de saúde, que não o médico?

Sim Não Se afirmativo, Qual? Início da necessidade de assistência direta: / /

Que tipo de assistência direta será prestada pelo servidor ao familiar?  Acompanhamento  Cuidados domiciliares  Controle de medicação  Administração de dieta  Outro:

# Período requerido:

 / /

a/ /

Há outras pessoas da família que podem prestar (ou que estão prestando) assistência direta ao paciente?

Sim  Não. Em caso afirmativo, como farão a divisão das tarefas, em termos de horário?

**Declaro sob penas da Lei, que as informações prestadas acima são verdadeiras.**

Data: / /

ASSINATURA DO SERVIDOR

**OBS:** Caso o familiar não conste como dependente no assentamento funcional, o servidor deverá preencher a “Declaração de Dependentes” (<http://www.luzerna.sc.gov.br/>) anexar a documentação comprobatória (CPF e certidão de nascimento ou casamento ou união estável) e protocolar a documentação no Setor de Gestão de Pessoas.

# PARECER ASSISTENTE SOCIAL

**Luzerna(SC), \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Assistente Social:**

# RESUMO DO CASO CLÍNICO

**CONCLUSÃO DA PERÍCIA MÉDICA**

* Licença médica de \_/ / a / / (Art. 90 da Lei Complementar nº 164 de 25 de abril de 2017)
* Não se enquadra no artigo 90 da Lei Complementar 164 de 25 de abril de 2017

 , / /

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

Assinatura e CRM dos médicos peritos