



# Prefeitura Municipal de Iracemápolis

CNPJ: 45.786.159/0001-11

## Requerimento de Licença para Tratamento de Pessoa da Família Protocolar

Ao  
Secretário Municipal de Administração

Eu, \_\_\_\_\_ matrícula nº \_\_\_\_\_ na  
Secretaria \_\_\_\_\_, venho requerer meu afastamento para  
tratamento de pessoa da família por um período de \_\_\_\_\_ dias, a partir de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, conforme atestado médico anexo.

### Dados do Familiar doente

Nome: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avó ( ) Avô ( ) Irmão (a) ( ) Filho (a) ( ) Neto (a)

Obs: Perderá o direito de férias o afastamentos remunerado acima de 30 dias referente aquele período, sendo iniciado um novo período aquisitivo no dia de retorno ao trabalho.

Iracemápolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

---

### Assinatura

Email: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Fone fixo/recado: \_\_\_\_\_