

Sr Médico Assistente:

A Junta de Perícias Médicas da Divisão de Higiene, Medicina e Segurança do Trabalho, face à liderança por motivo de doença em pessoa da família, requerida pelo servidor \_\_\_\_\_

solicita informar se o referido está prestando ou prestará assistência a \_\_\_\_\_

por um período de \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) dias, a partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

OBS.: De acordo com lei específica, a licença somente será deferida se a assistência direta do servidor for indispensável e não puder ser prestada simultaneamente com 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 (IN 025/91, Art. 16 item.16.1, FHDF). 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

This image shows a single page of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Local:

Data:

Assinatura e carimbo do Médico:

Quando de outro local que não o Distrito Federal: a) Licença superior a 10 (dez) dias (ou prorrogação) será concedida por Junta Médica (três médicos) e homologada pela JPM da DHMST; b) Reconhecer as firmas.