



PREFEITURA MUNICIPAL DE HORTOLÂNDIA
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAL

REQUERIMENTO DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR (LAF)

NOME:	
MATRICULA:	IDADE:
CARGO:	ESPECIALIDADE:
SECRETARIA:	UNIDADE:
EMAIL:	TELEFONE CELULAR: () RES: ()
ENDEREÇO:	
BAIRRO:	CIDADE:
Requeiro na forma do art. 142 e 143 Lei 2004/2008 licença de acompanhamento familiar, conforme dados deste requerimento.	

Ciente: _____
Assinatura do(a) Servidor(a)

Data: ____/____/____

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REQUERER LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA

- **Relatório ou laudo médico que conste:**
 - *A dependência ou limitação do paciente,
 - *Administração de medicamentos, cuidados com a higiene, alimentação, tempo necessário de afastamento.
- Cópia do RG do(a) servidor(a) e do familiar;
- Cópia do comprovante de endereço do(a) servidor(a) e do familiar;
- Matrícula do servidor(a);
- Telefones atualizados;
- E-mail;
- Ciência da Chefia imediata por meio de declaração fundamentada e justificada;
- Ciência do Secretário(a) Municipal da Pasta;
- Protocolar no protocolo geral ou encaminhar para: protocolo@hortolandia.sp.gov.br ou dso.smgp@hortolandia.sp.gov.br