



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO
JUNTA MÉDICA OFICIAL**

DECLARAÇÃO

Declaro, perante a Junta Médica Oficial do Município de Palmas, sob pena de responsabilidade legal, para fins de concessão de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, ser a única pessoa capaz de prestar assistência direta ao meu (minha) – parentesco, _____.

Nome do acompanhando, _____

Nos termos do art. 93, da Lei nº 008, de 16 de novembro de 1999. Declaro, ainda, que não há possibilidade de prestar assistência direta ao ente familiar em referência, simultaneamente com o exercício das atribuições do meu cargo.

_____, aos ____ de _____ de _____.

Nome _____

Matrícula _____

Assinatura