



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL
SECRETARIA MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO

DECLARAÇÃO

Declaro, perante a Junta Médica Oficial do Município de Porto Nacional, sob pena de responsabilidade legal, para fins de concessão de **Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família**, ser indispensável acompanhamento com intuito de prestar assistência direta ao meu (minha) _____, nos termos do art. 59 incisos I, II e III, arts. 60 a 69, da Lei nº 1.435, de 13 de junho de 1994, e art. 16 da Instrução Normativa Geral Nº 001, de 22 de fevereiro de 2022.

Declaro, ainda, ser a única pessoa capaz de cuidar e, que não há possibilidade de prestar tal assistência ao ente familiar em referência, simultaneamente com o exercício das atribuições do meu cargo no órgão ou entidade de lotação.

Neste ato, declaro estar ciente da impossibilidade de exercício de outra atividade laboral no período compreendido do tipo de licença requerida.

_____, aos _____ de _____ de _____.

Nome _____ Matrícula _____

Assinatura



ESTADO DO TOCANTINS
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO NACIONAL
SECRETARIA MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO

D E C L A R A Ç Ã O

Eu, _____, matrícula nº _____,
lotado(a) _____ no(a) _____,

DECLARO, para fins de concessão de horário especial previsto na Lei nº 1.896, de 26 de junho
de 2007, que _____
(nome do assistido)

Reside em meu ambiente familiar, situado ao(à) _____

(endereço)

Declaro, ainda, que a informação acima é verdadeira, sob pena de sofrer as
penalidades administrativas previstas em lei.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura