



ESTADO DA BAHIA
Prefeitura Municipal de Amargosa

CNPJ: 13.825.484/0001-50
Praça Lourival Monte, S/N – Amargosa – Bahia CEP 45.300-000
Telefax: (75) 3634-3977

PORTARIA Nº. 092 DE 06 DE FEVEREIRO DE 2017

Estabelece procedimentos para as concessões de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família e Licença para Tratamento de Saúde

O **PREFEITO MUNICIPAL DE AMARGOSA**, Estado da Bahia, no uso de suas atribuições legais,

CONSIDERANDO a necessidade de instituir procedimentos de rotina acerca das concessões de Licença por Motivo de Doença em pessoa da família, prevista no artigo 98 da Lei Complementar nº 008/2006, e Licença para Tratamento de Saúde, prevista nos artigos 112 ao 118 da Lei Complementar nº 008/2006;

CONSIDERANDO a necessidade de conferir maior agilidade e eficiência na tramitação dos requerimentos de concessão das licenças de tratam este Decreto;

RESOLVE

Art. 1º. Os atestados médicos e odontológicos que viabilizam licença ao servidor municipal deverão ser protocolados no prazo de até cinco dias consecutivos após sua emissão, mediante a apresentação de original e cópia, que será autenticada administrativamente.

Art. 2º. Para efeito da concessão de que trata este Decreto, os atestados deverão ser legíveis e apresentar:

I - A identificação do servidor;

II - Identificação do Médico/Dentista com o nº do registro no conselho de classe (CRM/CRO) e assinatura;

III - Código Internacional de Doença - CID que enseja a licença.

Parágrafo Único. Na hipótese do atestado apresentado não constar o CID, deverá o servidor ser submetido à perícia médica, independentemente do tempo de afastamento, não sendo possível apenas a homologação do atestado pelo profissional de saúde ou junta médica.

Art 3º. São documentos que devem acompanhar o requerimento de Licença por Motivo de Doença de Pessoa da Família:



ESTADO DA BAHIA

Prefeitura Municipal de Amargosa

CNPJ: 13.825.484/0001-50
Praça Lourival Monte, S/N – Amargosa – Bahia CEP 45.300-000
Telefax: (75) 3634-3977

- I- Atestado médico em nome do enfermo;
- II- Registro Geral – RG e Cadastro de Pessoa Física – CPF , do(a) enfermo(a) e do servidor.
- III - Certidão de Casamento, apenas para o caso de cônjuge enfermo;
- IV – Escritura pública de união estável, apenas para o caso de companheiro(a) enfermo;
- V - Certidão de nascimento ou documentação jurídica competente que comprove o vínculo de responsabilidade entre o servidor e o enfermo, para os casos de filho(a), enteado(a) ou dependente que viva às expensas do servidor e conste de seu assentamento funcional;

Art. 4º. As licenças de que tratam este Decreto devem ser requeridas através de formulários próprios, constantes no Anexo;

§1º. O requerimento de licença para acompanhar pessoa da família deve ser acompanhado do formulário de cadastramento de membro da família – Anexo;

§2º. O preenchimento incompleto dos formulários, documentos rasuras ou atestados que não atendam às exigências previstas no Art. 2º deste Decreto importarão no indeferimento do requerimento;

§3º. Em caso de indeferimento do pedido de licença, o servidor terá ciência da decisão por e-mail, telefone ou pessoalmente. Em quaisquer dos casos, o setor de pessoal efetuará registro de ciência nos autos;

§4º. É possível a correção de irregularidades que, por ventura, sejam apontadas no curso do processo, desde que realizada dentro do prazo previsto para apresentação inicial do atestado.

Art. 5º. Na hipótese do servidor estar impossibilitado de protocolar pessoalmente o requerimento para concessão das licenças previstas nesse Decreto, poderá terceiro assim fazê-lo sem a necessidade de procuração.

Art. 6º. Os formulários constantes no anexo deste Decreto serão disponibilizados em todas as secretarias municipais em versões digital e impressa, bem como no sítio institucional do município.

Art. 7º. Atestados médicos e odontológicos de comparecimento não ensejam as licenças de que trata este Decreto, devendo os servidores compensar a carga horária do período em que estiveram ausentes.

Art. 8º. O servidor deverá manter sob sua guarda o atestado original para posterior apresentação aos médicos peritos e ao setor de pessoal deste município, caso seja convocado para perícia médica ou para prestar possíveis esclarecimentos.



ESTADO DA BAHIA

Prefeitura Municipal de Amargosa

CNPJ: 13.825.484/0001-50
Praça Lourival Monte, S/N – Amargosa – Bahia CEP 45.300-000
Telefax: (75) 3634-3977

Art. 9º. Casos omissos neste Decreto serão apreciados pelo setor de pessoal do município, em consonância com os princípios e regras que norteiam a administração pública.

Art. 10º. Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Publique-se.

Registre-se.

Cumpra-se.

Gabinete do Prefeito, 06 de fevereiro de 2017.

Júlio Pinheiro dos Santos Júnior

Prefeito Municipal



ESTADO DA BAHIA

Prefeitura Municipal de Amargosa

CNPJ: 13.825.484/0001-50
Praça Lourival Monte, S/N – Amargosa – Bahia CEP 45.300-000
Telefax: (75) 3634-3977

ANEXO I



REQUERIMENTO DE LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE (Encaminhamento de atestados médicos/odontológicos)

Artigos 112 a 118 da Complementar 08, de 2 de março de 2006

| | |
|---|------------------------------------|
| Nº Protocolado: Clique aqui para digitar texto. | Data: |
| Setor de Destino: Diretoria de Gestão de Pessoas - DGP | |
| 1. DADOS DO(A) SERVIDOR(A): | |
| Nome completo: | |
| <input type="checkbox"/> Temporário <input type="checkbox"/> Efetivo <input type="checkbox"/> Comissionado <input type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Cedido <input type="checkbox"/> Outros | |
| Secretaria de lotação: | Local de trabalho: |
| Telefone pessoal: | CPF: |
| E-mail: | |
| 2. INFORMAÇÕES: | |
| Data do atestado: | Quantidade de dias de afastamento: |
| Datas ou período que será(ão) justificado(s) pelo atestado: | |
| 3. OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: | |
| a) O atestado médico/odontológico deve conter - obrigatoriamente - de forma legível: <ul style="list-style-type: none">• A identificação do servidor;• Identificação do Médico/Dentista com o nº do registro no conselho de classe (CRM/CRO) e assinatura;• Código Internacional de Doença - CID;• O tempo provável de afastamento. | |
| b) Caso o atestado apresentado não conste o CID, o servidor deverá ser submetido à perícia médica, não sendo possível apenas a homologação do atestado pelo profissional de saúde ou junta médica; | |
| c) PRAZO MÁXIMO DE ENCAMINHAMENTO DO REQUERIMENTO: 05 DIAS CORRIDOS, A CONTAR DA EMISSÃO DO ATESTADO; | |
| d) <u>NÃO serão aceitos:</u> <ul style="list-style-type: none">- Atestados que não cumpram os requisitos descritos na letra “a” deste formulário;- Atestados entregues fora do prazo;- Atestados emitidos por recepcionistas ou outros profissionais da área de saúde, que não sejam médicos ou dentistas;- Atestados com CID de acompanhamento – Z 76.3;- Atestados ou Declarações de comparecimento. | |
| f) Caso a licença se inicie no momento em que o servidor já estiver no gozo de férias, essas não poderão ser | |



ESTADO DA BAHIA

Prefeitura Municipal de Amargosa

CNPJ: 13.825.484/0001-50
Praça Lourival Monte, S/N – Amargosa – Bahia CEP 45.300-000
Telefax: (75) 3634-3977

interrompidas ou alteradas. Entretanto, caso o atestado médico/odontológico tenha início no dia anterior ao primeiro dia das férias, o servidor deverá entrar contato com o setor de pessoal com a máxima celeridade para verificar a possibilidade de alteração.

4. INSTRUÇÕES PARA O ENCAMINHAMENTO:

Protocolar esse formulário devidamente preenchido e assinado, juntamente com o atestado médico/odontológico e demais documentos (originais ou cópias já autenticadas administrativamente), no setor de protocolo de qualquer Secretaria municipal.

5. INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Data _____/_____/_____

Servidor



ESTADO DA BAHIA
Prefeitura Municipal de Amargosa

CNPJ: 13.825.484/0001-50
Praça Lourival Monte, S/N – Amargosa – Bahia CEP 45.300-000
Telefax: (75) 3634-3977

ANEXO II



REQUERIMENTO DE LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA
FAMÍLIA

(Encaminhamento de atestados médicos/odontológicos)

Artigo 98 da Lei Complementar 08, de 2 de março de 2006

| | | | |
|--|--|------------------------------------|--|
| Nº Protocolado: Clique aqui para digitar texto. | | Data: | |
| Setor de Destino: Diretoria de Gestão de Pessoas - DGP | | | |
| 1. DADOS DO(A) SERVIDOR(A): | | | |
| Nome completo: | | | |
| <input type="checkbox"/> Temporário <input type="checkbox"/> Efetivo <input type="checkbox"/> Comissionado <input type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Cedido <input type="checkbox"/> Outros | | | |
| Secretaria de lotação: | | Local de trabalho: | |
| Telefone pessoal: | | CPF: | |
| E-mail: | | | |
| 2. INFORMAÇÕES: | | | |
| Data do atestado: | | Quantidade de dias de afastamento: | |
| Datas ou período que será(ão) justificado(s) pelo atestado: | | | |
| Nome completo do familiar que necessita de acompanhamento: | | | |
| Grau de parentesco: | | | |
| 3. OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: | | | |
| a) O atestado médico/odontológico deve conter - obrigatoriamente - de forma legível: <ul style="list-style-type: none">• A identificação do servidor;• Identificação do Médico/Dentista com o nº do registro no conselho de classe (CRM/CRO) e assinatura;• Código Internacional de Doença - CID• O tempo provável de afastamento. | | | |
| b) Caso o atestado apresentado não conste o CID, o servidor deverá ser submetido à perícia médica, não sendo possível apenas a homologação do atestado pelo profissional de saúde ou junta médica; | | | |
| c) PRAZO MÁXIMO DE ENCAMINHAMENTO: 05 DIAS CORRIDOS, A CONTAR DA EMISSÃO DO ATESTADO; | | | |
| d) NÃO serão aceitos: <ul style="list-style-type: none">- Atestados que não cumpram os requisitos descritos na letra “a” deste formulário;- Atestados entregues fora do prazo;- Atestados emitidos por recepcionistas ou por outros profissionais da área de saúde, que não sejam médicos ou dentistas;- Atestados ou Declarações de comparecimento. | | | |



ESTADO DA BAHIA

Prefeitura Municipal de Amargosa

CNPJ: 13.825.484/0001-50
Praça Lourival Monte, S/N – Amargosa – Bahia CEP 45.300-000
Telefax: (75) 3634-3977

e) Caso a licença se inicie no momento em que o servidor já estiver no gozo de férias, essas não poderão ser interrompidas ou alteradas. Entretanto, caso o atestado médico/odontológico tenha início no dia anterior ao primeiro dia das férias, o servidor deverá entrar contato com o setor de pessoal com a máxima celeridade para verificar a possibilidade de alteração.

4. INSTRUÇÕES PARA O ENCAMINHAMENTO:

Protocolar esse formulário devidamente preenchido e assinado, juntamente com o atestado médico/odontológico e demais documentos (originais ou cópias já autenticadas administrativamente), no setor de protocolo de qualquer Secretaria municipal.

5. INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Data _____/_____/_____

Servidor



ESTADO DA BAHIA
Prefeitura Municipal de Amargosa

CNPJ: 13.825.484/0001-50
Praça Lourival Monte, S/N – Amargosa – Bahia CEP 45.300-000
Telefax: (75) 3634-3977

ANEXO III



REQUERIMENTO DE CADASTRAMENTO DE MEMBRO FAMILIAR PARA
FIM DE LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA

(Encaminhamento de atestados médicos/odontológicos)

Fundamento: Art. 98 da Lei Complementar 08, de 2 de março de 2006

| | | | |
|--|--|--------------------|--|
| Nº Protocolado: Clique aqui para digitar texto. | | Data: | |
| Setor de Destino: Diretoria de Gestão de Pessoas - DGP | | | |
| 1. DADOS DO(A) SERVIDOR(A): | | | |
| Nome completo: | | | |
| <input type="checkbox"/> Temporário <input type="checkbox"/> Efetivo <input type="checkbox"/> Comissionado <input type="checkbox"/> Estágio <input type="checkbox"/> Cedido <input type="checkbox"/> Outros | | | |
| Secretaria de lotação: | | Local de trabalho: | |
| Telefone pessoal: | | CPF: | |
| E-mail: | | | |
| 2. DADOS DO MEMBRO DA FAMÍLIA (Preenchimento obrigatório de todos os campos) | | | |
| Nome Completo: | | | |
| CPF: | | Nacionalidade | |
| Nome da Mãe: | | | |
| Grau de Parentesco: | | | |
| <u>Documentos aptos a comprovarem o grau de parentesco:</u> | | | |
| Servidor – RG | | | |
| Cônjuge – CPF e Certidão de Casamento | | | |
| Companheiro(a) – CPF e Escritura Pública de união estável | | | |
| Mãe e Pai – CPF; RG | | | |
| Madastra e Pastro – RG; CPG; Certidão de casamento ou escritura pública de união estável | | | |
| Filho(a), enteado(a), dependente que viva às expensas do servidor e conste de seu assentamento funcional - CPF, certidão de nascimento ou documentação judicial que comprove o vínculo de responsabilidade. | | | |
| 4. INSTRUÇÕES PARA O ENCAMINHAMENTO: | | | |
| Dar entrada nesse requerimento preenchido e assinado juntamente com atestado médico/odontológico (Original ou cópia autenticada administrativamente) no setor de protocolo de qualquer Secretaria. | | | |
| 5. INFORMAÇÕES ADICIONAIS (caso necessário): | | | |
| | | | |
| | | | |



ESTADO DA BAHIA
Prefeitura Municipal de Amargosa

CNPJ: 13.825.484/0001-50
Praça Lourival Monte, S/N – Amargosa – Bahia CEP 45.300-000
Telefax: (75) 3634-3977

| |
|--|
| |
| |
| |

Data _____/_____/_____

Servidor