|  |
| --- |
| **FALECIMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SERVIDOR: |  | SIAPE: |  |
| CARGO: |  | | |
| LOTAÇÃO: |  | | |

Solicita a concessão de 8 (oito) dias em razão de falecimento de pessoa da família.

|  |  |
| --- | --- |
| NOME DA PESSOA DA FAMÍLIA: |  |
| GRAU DE PARENTESCO: | CONJUGE  COMPANHEIRO  MÃE / PAI  MADRASTA / PADASTRO  FILHO  ENTEADO  MENOR SOB GUARDA OU TUTELA  IRMÃO |
| DATA DO ÓBITO: | /    / |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data:    /    / |  |  |
|  | Assinatura do servidor |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ciente. |  |  |
|  |  |  |
| Data:    /    / |  |  |
|  | Assinatura e carimbo do responsável do setor |  |

PROCEDIMENTO:

1- Preencher e assinar o formulário

2- Anexar cópia da Certidão de Óbito

3- Encaminhar para SUGEPE/DAF - Div. de Acompanhamento Funcional (Bloco A - Torre 1 - 2° andar) até 5 dias após o término da licença

OBSERVAÇÃO: A concessão dos dias será iniciada na data do óbito.

FUNDAMENTO LEGAL: Art. 97 da Lei n° 8112/90

v.21.10.2016