



SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO HUMANO

DECLARAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO – JUNTA MÉDICA OFICIAL

Eu, _____,
matricula nº _____. 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 parente familiar em referência,
simultaneamente com o exercício das atribuições do meu cargo.

Palmas, _____ de _____ de _____.

INTERESSADO (A)