




# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

8

## SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DIVISÃO DE GESTÃO DA FOLHA DE PAGAMENTO - DERH-2

Anexo Portaria 55/2003 – DOM de 31/01/2003 página 3 (FRENTE)

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO					
 Ilmo. Sr. Secretário Municipal de _____			<b>REQUERIMENTO DE AUXÍLIO DOENÇA</b>		
NOME COMPLETO DO REQUERENTE:			R.F.		
CARGO/FUNÇÃO			LOTAÇÃO:		
<input type="checkbox"/> SERVIDOR ATIVO <input type="checkbox"/> EX-SERVIDOR <input type="checkbox"/> APOSENTADO					
Venho, mui respeitosamente, requerer de V.Sª. o(s) Auxílio(s)-Doença referente(s) ao(s) período(s) de licença(s) médica(s) abaixo relacionado(s):					
PERÍODO		PERÍODO		PERÍODO	
DE	ATE	DE	ATE	DE	ATE
São Paulo, ____/____/____					
_____					
<i>assinatura do requerente</i>					
<b>U.R.H.</b>					
<input type="checkbox"/> Os período(s) de licença(s) médica(s) informado(s) pelo requerente confere com as informações contidas em cadastro.					
<input type="checkbox"/> Ao DESS para manifestação/regularização, pois o(s) período(s) de licença(s)-médica(s) informados não conferem com as informações contidas em cadastro.					
São Paulo, ____/____/____					
_____					
<i>Assinatura e carimbo do responsável</i>					
<b>SEMPLA - DESS</b>					
<input type="checkbox"/> Servidor esteve em licença médica em:					
PERÍODO		PERÍODO		PERÍODO	
DE	ATE	DE	ATE	DE	ATE
<b>OBS:</b>					
Retorno à U.R.H., para prosseguimento.					
São Paulo, ____/____/____					
_____					
<i>assinatura do responsável</i>					



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

9

## SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DIVISÃO DE GESTÃO DA FOLHA DE PAGAMENTO – DERH-2

Anexo Portaria 55/2003 – DOM de 31/01/2003 página 3 (VERSO)

### U.R.H.

Os período(s) de licença(s) médica(s) completa(m) 12 meses consecutivos e estão de acordo com o artigo 126 da Lei 8.989/79.

O(s) período(s) de licença(s) médica(s), abaixo relacionado(s) são em decorrência de acidente do trabalho nos termos do artigo 60 da Lei 8.989/79, e não poderão ser considerados para fins de Auxílio-Doença.

de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

O(s) período(s) de licença(s) médica(s) são inferiores a 12 meses.

Encaminhamos ao Sr. Secretário para despacho.

São Paulo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e carimbo do responsável**

### DESPACHO:

**DEFIRO** o pedido do Auxílio-Doença por completar 12 meses consecutivos e preencher os requisitos legais contidos no artigo 126 da Lei 8.989/79.

**INDEFIRO** o pedido de Auxílio Doença, em decorrência do(s) período(s) relativo(s) à Licença(s) Médica(s) não completarem 12 meses consecutivos e não preencherem os requisitos legais contidos no artigo 126 da Lei 8.989/79.

**INDEFIRO** o pedido de Auxílio Doença, em decorrência do(s) período(s) relativo(s) à Licença(s) Médica(s) corresponderem a licença por infortúnio laboral, fundamentado no parecer jurídico contido no P.A. 02-007.710-82\*03, que considera o benefício não devido aos acidentados, considerando a Lei 8.989/79, artigos 126, 138 inciso I e 143.

Retorno a U.R.H. para publicação, cadastramento do benefício e arquivamento do presente no prontuário do servidor.

São Paulo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE \_\_\_\_\_**

### U.R.H.

Publicamos no DOC de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, e cadastramos o benefício para pagamento no mês de \_\_\_\_/\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**assinatura do responsável**

