



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS  
DIRETORIA DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA – DSQV

---

## DECLARAÇÃO

### Da Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família (Art. 83. da Lei 8.112/90)

§ 1o A licença somente será deferida se a assistência direta do servidor for indispensável e não puder ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo ou mediante compensação de horário, na forma do disposto no inciso II do art. 44

Eu \_\_\_\_\_  
Matrícula SIAPE \_\_\_\_\_, CPF nº. \_\_\_\_\_,  
declaro, para fins de licença por motivo de doença em pessoa da família, que é indispensável minha presença para prestar assistência direta ao dependente e/ou pessoa da família:  
nome: \_\_\_\_\_  
Tipo de Parentesco: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_.

Pelos motivos:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Declaro, sob as penas da lei, que as informações supracitadas são verdadeiras e que responderei civil, penal e administrativamente em caso de declarações falsas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Requerente