Licença por Doença Pessoa da Família

**ENCAMINHAR PARA PE-MEDICO**

**REQUERIMENTO DE LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE EM PESSOA DA FAMÍLIA - LTSPF**

**ILMO.(A) SR.(A) DIRETOR(A) DA SECRETARIA ADMINISTRATIVA DA SEÇÃO JUDICIÁRIA DE PERNAMBUCO**

| **1. Identificação do Requerente** |
| --- |
|  Nome: |   |  Matricula: |   |
|  Cargo: |   |  Lotação: |   |
|  E-mail: |   |  Celular: |   |

| **2. Solicitação** |
| --- |
|                O requerente acima identificado vem, respeitosamente, requerer a V. Sa. a concessão de Licença para Tratamento de Pessoa da Familia conforme atestado médico: [  ] incluso no próximo documento ou [  ] enviado para o e-mail atestadomedico@jfpe.jus.br |

| **3. Situação** |
| --- |
|  [  ]Ativo     [  ] Requisitado ou Removido      [  ] Cargo Comissionado |

| **4. Período:**  |
| --- |

| **5. Informações adicionais** |
| --- |
| **REQUERIMENTO**Nestes termos, pede deferimentoASSINATURA DO REQUERENTE |