



**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)**