**JUSTIFICATIVA DE ENTREGA DE ATESTADO APÓS 5º DIA DO INÍCIO DA VIGÊNCIA**

|  |
| --- |
| **DADOS DO SERVIDOR** |
| Nome: |
| CPF: | Telefone Residencial: | Telefone Celular: |
| Endereço: |
| E-mail: |
| Possui dois cargos Públicos Federais? NÃO ( ) SIM ( ) Se sim e a Licença para Tratamento de Saúde for para ambos os cargos, favor preencher também os campos relativos ao 2º cargo. |
| Cargo 1: | Matrícula SIAPE: | Lotação: |
| Cargo 2: | Matrícula SIAPE: | Lotação: |
| **DADOS DA PESSOA DA FAMÍLIA** (se for necessário)Neste caso, deverá ser entregue também o Requerimento de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família |
| Nome: |
| CPF: |
| **OBSERVAÇÕES** |
| 1. Independentemente do tipo de licença de saúde, o atestado médico ou odontológico original deve ser protocolado no SIASS-UFG em até 5 dias corridos, contados a partir do primeiro dia do afastamento. (Decreto 7.003/2009)2. A entrega do atestado fora do prazo previsto enseja a necessidade de justificar o atraso ao SIASS-UFG, com ciência da chefia imediata. Sendo a justificativa do atraso aceita pela unidade pericial do SIASS-UFG, o servidor será submetido à avaliação pericial para possível homologação e concessão da licença, independentemente do tempo de afastamento. Caso contrário caracterizará falta ao serviço, sem motivo justificado. (Lei 8112/1190 - Decreto 7.003/2009 – Manual de Perícia do SIASS)3. O atestado pode ser entregue por terceiros, desde que tenham condições de fornecer ao SIASS-UFG contatos particulares, número de matrícula e outras informações pessoais do servidor necessárias à sua localização.4. A entrega do atestado médico ou odontológico em atraso pode impossibilitar a verificação pericial. (Manual de Perícia SIASS) |
| **JUSTIFICATIVA** |
| Ciente das observações acima DECLARO que fiquei impossibilitado de entregar ao SIASS-UFG o ATESTADO MÉDICO/ODONTOLÓGICO em anexo, até o 5º dia do início da vigência, que iniciou em \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_, porque \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Local e data:Assinatura do(a) Servidor(a) ou representante legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Local e data: Assinatura do responsável pela entrega do formulário:Assinatura da chefia Imediata do servidor (Nome e Cargo da Chefia): |