**Requerimento para Licença para Tratamento da Própria Saúde**

|  |
| --- |
| **DADOS DO SERVIDOR REQUERENTE** |
| Nome: |
| CPF: | Telefone Residencial: | Telefone Celular: |
| Endereço residencial: |
| E-mail: |
| Possui dois cargos Públicos Federais? NÃO ( ) SIM ( ) Se sim e o requerimento for para ambos os cargos, favor preencher também os campos relativos ao 2º cargo. |
| Cargo 1: | Matrícula SIAPE: | Lotação: |
| Cargo 2: | Matrícula SIAPE: | Lotação: |
| Através deste, requeiro **LICENÇA PARA TRATAMENTO DA PRÓPRIA SAÚDE,** nos termos do art. 202, da Lei nº 8.112/90, por\_\_\_\_\_\_\_\_ dias, a partir de \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Informo que o último dia trabalhado foi \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Minhas férias estão assim programadas \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| DECLARO ESTAR CIENTE: 1. Devo comunicar a chefia imediata em até 24 horas do início do afastamento.
2. O prazo para entrega do atestado no SIASS-UFG é de no máximo cinco dias (5) corridos.
3. Devo anexar somente atestado médico ou odontológico original.
4. Caso necessário o tratamento de saúde durante o período de férias, estas não serão interrompidas. Após o término, devo comparecer no SIASS/UFG para requerer a licença, caso necessário (art. 80 da Lei n° 8.112/1990).
5. Caso a licença inicie até o dia anterior ao início das férias, estas serão suspensas enquanto durar o afastamento, e remarcadas.
6. O prazo de licença para tratamento de saúde do servidor será considerado como de efetivo exercício até o limite de 24 meses, cumulativo ao longo do tempo de serviço público prestado à União, em cargo de provimento efetivo. Após esse prazo, poderá ser concedida licença para tratamento da própria saúde, ressaltando- se que o referido tempo contar-se-á apenas para efeito de aposentadoria e disponibilidade.
7. **Devo comparecer ao SIASS/UFG para receber o laudo Pericial Médico/odontológico, dois (2) dias após a perícia.**
 |
| Local e data: Assinatura do servidor requerente (por extenso):Assinatura da Chefia Imediata (Nome e cargo da chefia):Assinatura do responsável pela entrega do requerimento (por extenso): |