**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): | | | | |