**Requerimento para Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 por Motivo de Doença em Pessoa da Família,** nos termos do art. 83, da Lei 8.112/1990, Decreto 7.003, de 2009 e ON SRH/MP nº 03, de 23/02/2010, republicada em 18/03/2010, por\_\_\_\_\_\_\_\_ dias, a partir de \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pois a assistência direta a pessoa da minha família abaixo identificada é indispensável, não sendo possível prestá-la de forma simultânea com o exercício do(s) cargo(s).  Informo que o último dia trabalhado foi \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Minhas férias estão assim programadas \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | |
| **DADOS DA PESSOA DA FAMÍLIA** | | | | |
| Nome: | | | | |
| CPF: | | | | |
| Relação de Parentesco: | | | | |
| 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 comprovante do grau de parentesco (cópia) e atestado médico ou odontológico (original) constando nome e a doença (CID) da pessoa assistida; 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. A licença somente será deferida se minha assistência direta for indispensável e não puder ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo ou mediante compensação de horário. 7. A licença, incluídas as prorrogações, poderá ser concedida a cada período de doze meses nas seguintes condições:   a) por até 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, mantida a remuneração do servidor (o tempo de licença com remuneração, que exceder a trinta dias em período de doze meses, contar-se-á apenas para efeito de aposentadoria e disponibilidade (Lei 12.269/2010);  b) por até 90 (noventa) dias, consecutivos ou não, sem remuneração.   1. **Devo comparecer no 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): | | | | |