**Requerimento para Licença por motivo de acidente em serviço**

**ou doença profissional**

|  |
| --- |
| **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 ACIDENTE EM SERVIÇO OU DOENÇA PROFISSIONAL,** nos termos dos arts. 211 e 212 da Lei nº 8112/1990, art. 20 da Lei nº 8.213/1991 e ON SRH/MP nº 03/2010, por\_\_\_\_\_\_\_\_ dias, a partir de \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Informo que o último dia trabalhado foi \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Minhas férias estão assim programadas \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| DECLARO ESTAR CIENTE: 1. Devo comunicar imediatamente o acidente à chefia.
2. O prazo para entrega da CAT/SP e do atestado no SIASS-UFG é de no máximo dez dias (10) corridos.
3. Devo anexar somente atestado médico original.
4. Caso a licença inicie até o dia anterior ao início das férias, estas serão suspensas enquanto durar o afastamento, e remarcadas.
5. **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): |