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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DADOS DO SERVIDOR REQUERENTE** | | |
| Nome: | | |
| CPF: | Telefone Residencial: | Telefone Celular: |
| Endereço residencial: | | |
| E-mail: | | |
| Matrícula SIAPE: | | |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | |
| DECLARO ESTAR CIENTE:   1. Devo comunicar a chefia imediata em até 24 horas do início do afastamento. 2. O atestado médico/odontológico original deve ser protocolado na CGP/CSS do Campus/Reitoria em até 5 dias corridos, contados a partir do primeiro dia do afastamento. 3. Devo entregar somente atestado médico ou odontológico original. 4. Nos casos em que for necessária avaliação pericial, devo entrar em contato com o SIASS-IFAL em até 5 dias corridos, contados a partir do primeiro dia do afastamento, para agendamento. 5. Os casos de não comparecimento à perícia, no dia marcado, sem justificativa prévia, serão encaminhados à DGP para que sejam tomadas as providências administrativas cabíveis. 6. A entrega do atestado fora do prazo previsto enseja a necessidade de justificar o atraso ao SIASS-IFAL, com ciência da chefia imediata. O servidor deverá ser submetido obrigatoriamente à avaliação pericial, independentemente do tempo de afastamento. Caso contrário, caracterizará falta ao serviço, sem motivo justificado.   **(Lei 8112/1190; Decreto 7.003/2009; Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal, 3ª Edição)** | | |
| Local e data:  Assinatura do servidor requerente (por extenso):  Assinatura e carimbo da Chefia Imediata (Nome e cargo da chefia):  Assinatura do responsável pela entrega deste requerimento, caso não seja o próprio servidor (por extenso): | | |