**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): |