|  |
| --- |
| **DADOS DO REQUERENTE (preenchimento obrigatório, SEMPRE)** |
| Nome: |
| CPF: | Tel Residencial: | Tel setor: | Tel Celular: |
| Endereço: |
| E-mail pessoal: | E-mail do setor: |
| Possui dois cargos Públicos Federais? NÃO ( ) SIM ( )  | Se sim e a Licença para Tratamento de Saúde for para ambos os cargos, favor preencher também os campos relativos ao 2º cargo. |
| Cargo 1: | Matrícula SIAPE: | Órgão: |
| Cargo 2: | Matrícula SIAPE: | Órgão: |
| Pensionista: ( ) sim ( ) não | Se sim: Nome do instiuidor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Matrícula do instituidor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF do instituidor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Licença para Tratamento da Própria Saúde ( ) neste caso, preenchimento dos campos obrigatórios** |
| Período: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | Tempo indeterminado ( )  | Ultimo dia trabalhado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| Internação: ( ) sim ( ) não | Local: | Leito:  |
| Acidente de trabalho ( ) sim ( ) não | CAT/SP ( ) |  |
| Nome Chefia Imediata/ RH do órgãos | Assinatura Chefia Imediata/ RH do órgãos |  |
| **Licença para acompanhamento de familiar ( ) neste caso, preenchimento dos campos obrigatórios** |
| Período: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | Tempo indeterminado ( )  | Ultimo dia trabalhado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| Internação: ( ) sim ( ) não | Local: | Leito: |
| Nome: |
| CPF: | Relação de Parentesco:  |
| Nome Chefia Imediata/ RH do órgãos | Assinatura Chefia Imediata /RH do órgãos |

|  |
| --- |
| **Solicitação de cópia ( )** |
| Atestado médico ( ) | Laudo médico pericial ( ) |
| Observação:  |
|  |
| **Observação ( )** |
|  |
|  |
|  |
| Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Assinatura do servidor requerente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Assinatura do (a) servidor (a) da Unidade SIASS/UFAM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Siape: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |