|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |