REQUERIMENTO DE LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

|  |  |
| --- | --- |
| **LICENÇA PARA TRATAMENTO DA PRÓPRIA SAÚDE ( )** | **LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA ( )** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1 – DADOS DO(A) SERVIDOR(A)** | | | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | | | CPF: |
| Telefone Celular: | Telefone Residencial: | | | E-mail: | | | | | |
| Endereço: | | | | | | | | | |
| Possui dois cargos públicos federais? SIM | |  | NÃO | | |  |  | | |
| 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: | | | Lotação: | |
| Cargo 2: | | | | | Matrícula SIAPE: | | | Lotação: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2 – ESPECIFICAÇÕES** | | |
| Sugestão de Dias de Afastamento: a partir de / / Férias programadas no período da licença: SIM NÃO  Último dia Trabalhado: / / | | |
| Área Pericial: Médica |  | Odontológica |

|  |  |
| --- | --- |
| **3 – DADOS DA PESSOA DA FAMÍLIA** | |
| Nome Completo: | |
| Grau de parentesco: | CPF: |

|  |
| --- |
| **4 – LEGISLAÇÕES (LEI 8.112/1190 - DECRETO 7.003/2009 – MANUAL DE PERÍCIA OFICIAL – 2017)** |
| * 1. O atestado médico ou odontológico original deve ser enviado via CENTRAL DE SERVIÇOS **em até 5 dias corridos, contados a partir do primeiro dia do afastamento** (Decreto 7.003/2009).   2. **A apresentação do atestado fora do prazo previsto enseja a necessidade de justificar o atraso.** O envio com a devida justificativa deverá ser feito através do e-mail [saude.trabalhador@ufdpar.edu.br.](mailto:saude.trabalhador@ufdpar.edu.br) Se a justificativa do atraso for aceita, o servidor será submetido à avaliação pericial para possível concessão da licença, independentemente do tempo de afastamento. Caso contrário caracterizará falta ao serviço, sem motivo justificado. (Lei 8.112/1190 - Decreto 7.003/2009 – Manual de Perícia Oficial - 2017).   3. O atestado médico ou odontológico para acompanhamento familiar, deve possuir o nome e **especificar o diagnóstico da doença - CID** do familiar ou dependente que necessita ser assistido, assim como também deve constar o nome do servidor (acompanhante).   4. **Se o atestado não atender às regras estabelecidas no Decreto nº 7.003, de 2009**, ou caso o servidor **optar por não especificar o diagnóstico da doença no atestado - CID**, o servidor e/ou familiar **deverá ser submetido a avaliação pericial** ainda que se trate de atestados inferiores ou iguais a três dias. (Decreto 7.003/2009)   5. O uso do **CID Z76.3** impossibilita o registro administrativo da licença para acompanhamento familiar; não havendo a possibilidade de retificação, o servidor e o familiar serão submetidos à avaliação pericial para possível concessão do afastamento.   6. **Declarações de comparecimento a consultas e exames deverão ser entregues a chefia imediata e o abono concedido até limite de 44horas/ano (jornada de 8h), 33horas/ano (jornada de 6h) e 22horas/ano (jornada de 4h). Excedido o período exposto, deverão ser compensadas as horas subsequentes.** (IN nº 02/2018)   7. **É direito do servidor se ausentar ao trabalho** pelo período necessário **para entrega de atestado ou para se submeter a perícia**   médica/odontológica. Caso solicitado poderá ser emitida uma declaração. |

|  |
| --- |
| **5 – JUSTIFICATIVA (se necessário)** |
| Ciente das observações acima, **DECLARO** que fiquei impossibilitado de entregar ao CIASPI – UFDPar o atestado médico/ odontológico anexo, cuja vigência se iniciou em / / , até o 5º dia do início da vigência porque: |

ASSINATURAS

Assinatura do servidor Assinatura da chefia imediata

|  |
| --- |
| **IMPORTANTE** |
| **PARA AGENDAMENTO:**  Enviar, em PDF único, cópias dos seguintes documentos:   1. Requerimento do servidor devidamente preenchido e assinados pelo servidor e pela chefia imediata; 2. Atestado contendo a CID e a especificação dos dias de afastamento e demais documentos relativos ao afastamento; 3. Cópia de documento de identificação que contenha o nome da mãe do servidor (RG); 4. Comprovante de residência atualizado; 5. Contracheque mais recente.   **NO DIA DA PERÍCIA:** Comparecer com todos os documentos originais, incluindo, além do atestado/laudo, os exames e demais documentos que confirmem a enfermidade, se for o caso. |

Coordenadoria de Desenvolvimento de Pessoas – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – Avenida São Sebastião, Nº 2819, -

Nossa Sra. de Fátima, Parnaíba-PI.