REQUERIMENTO DE REMOÇÃO POR MOTIVO DE SAÚDE

|  |  |
| --- | --- |
| **POR MOTIVO DE SAÚDE DO SERVIDOR ( )** | **POR MOTIVO DE SAÚDE DO CÔNJUGE, COMPANHEIRO OU DEPENDENTE QUE VIVA ÀS SUAS EXPENSAS E CONSTE NO SEU ASSENTAMENTO FUNCIONAL ( )** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1 – DADOS DO SERVIDOR** | | | |
| Nome: | | | CPF: |
| SIAPE: | Telefone Celular ou Residencial: | E-mail: | |
| Endereço: | | | |
| Estado civil: | | | |
| Lotação: | | | |
| Cargo: | | | |
| Jornada de trabalho: | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **2 – DADOS DO DEPENDENTE** | |
| Nome Completo: | |
| Grau de parentesco: ( ) Cônjuge ( ) Companheiro(a) ( ) Dependente (Conforme Art.4º da ON nº9/2010) | CPF: |
| Endereço: | |
|  | |

|  |
| --- |
| **3 – LOTAÇÃO SUGERIDA** |
|  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Local e Data) Assinatura do Requerente

|  |
| --- |
| **4 – BASE LEGAL (Art.36, Inciso III, b da Lei nº 8.112/1990; Orientação Normativa nº9, de 5 de novembro de 2010.** |
| MANUAL DO SIAAS  A junta médica oficial, quando da análise de solicitação de remoção, a pedido, por motivo de saúde do servidor, de pessoa de sua família ou dependente, ao emitir laudo conclusivo quanto à necessidade da mudança do local de exercício do servidor, poderá considerar, dentre outras questões:  I - a existência de doença ou motivo de saúde que fundamente o pedido, ou mesmo seu agravamento;  II - a inexistência de tratamento na atual localidade de exercício do servidor;  III - as características da cidade recomendada, desde que satisfaça às necessidades de saúde e tratamento do servidor, de pessoa de sua família ou dependente.  Resguarda-se a Administração Pública Federal indicar qualquer localidade de exercício, desde que satisfaça às necessidades de saúde e tratamento do servidor, de pessoa de sua família ou dependente. |

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

Nossa Sra. de Fátima, Parnaíba-PI.

|  |
| --- |
| ORIENTAÇÃO NORMATIVA Nº 9, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2010  Art. 4º Para fins de comprovação do vínculo e da dependência econômica do beneficiário **deverão ser apresentados no mínimo três dos seguintes documentos**:  I - certidão de nascimento de filho havido em comum;  II - certidão de casamento religioso;  III - declaração de imposto de renda do servidor, em que conste o interessado como seu dependente;  IV - disposições testamentárias;  V - declaração especial feita perante Tabelião;  VI - prova de residência no mesmo domicílio;  VII - prova de encargos domésticos evidentes e existência de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil;  VIII - procuração ou fiança reciprocamente outorgada;  IX - conta bancária conjunta;  X - registro em associação de qualquer natureza, no qual conste o nome do interessado como dependente do servidor;  XI - anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados;  XII - apólice de seguro no qual conste o servidor como titular do seguro e a pessoa interessada como sua beneficiária;  XIII - ficha de tratamento em instituição de assistência médica, da qual conste o servidor como responsável;  XIV - escritura de compra e venda de imóvel pelo servidor em nome do dependente;  XV - declaração de não emancipação do dependente menor de vinte e um anos; ou  XVI - quaisquer outros que possam levar à convicção do fato a ser comprovado.  Parágrafo único. O auxílio financeiro ou quaisquer outros meios de subsistência material custeada pelo instituidor não constitui meio de comprovação de dependência econômica. |

Declaro que estou ciente do conteúdo do Manual do SIASS e do Art. 4º da Orientação Normativa nº 9, de 5 de Novembro de 2010.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Requerente

|  |
| --- |
| **5 – TERMO DE CIÊNCIA** |
| Recebe adicional de insalubridade, periculosidade, gratificação de raios-x ou irradiação ionizante?  ( ) Sim  ( ) Não  1. Estou ciente de que, em razão da alteração da lotação, o pagamento será suspenso, devendo ser gerado novo laudo de concessão de adicional de insalubridade, periculosidade, gratificação de raios-x ou irradiação ionizante, mediante requerimento do servidor.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (assinatura do servidor)  Recebe auxílio transporte?  ( ) Sim  ( ) Não  2. Estou ciente de que, em razão da alteração de Município, o pagamento será suspenso, devendo ser haver novo requerimento do servidor.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (assinatura do servidor) |

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

Nossa Sra. de Fátima, Parnaíba-PI.

|  |
| --- |
| **6. FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE REMOÇÃO POR MOTIVO DE SAÚDE** |
| Enviar para o e-mail [saude.trabalhador@ufdpar.edu.br](mailto:saude.trabalhador@ufdpar.edu.br) , **em PDF único**, cópia dos seguintes documentos:   1. “Requerimento de remoção por motivo de saúde” devidamente preenchido e assinado; 2. Relatório médico que indique a necessidade de remoção por motivo de saúde com histórico da patologia, constando início da doença, tipo e duração do tratamento prescrito, **com até 60 dias de emissão**; 3. Exames (opcional); 4. Declaração expedida pela Secretaria de Saúde do Município de lotação do servidor atestando a existência ou não de tratamento adequado para a patologia identificada na rede pública do município; 5. Declaração emitida por órgão da Secretaria de Saúde do Estado onde está localizado o campus de lotação do servidor, atestando a existência ou não de tratamento adequado para a patologia identificada na rede pública do município de lotação do servidor; 6. No caso de o servidor ou pessoa da família figurar como titular ou dependente de plano privado de assistência à saúde, deverá apresentar declaração expedida pela operadora de plano de saúde a qual se encontra vinculado atestando a existência ou não de tratamento adequado para a patologia identificada no município e na microrregião do seu campus de lotação; 7. Documento de identificação do servidor (RG/CPF); 8. Comprovante de residência do servidor e de pessoa da família, se for o caso; 9. 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.  Atenção para os documentos de comprovação do vínculo e da dependência econômica do beneficiário indicados na ON nº 9, de 5 de novembro de 2010. |

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

Nossa Sra. de Fátima, Parnaíba-PI.