



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR
SIASS IF GOIANO / GOIÁS

Requerimento para Licença para Tratamento da Própria Saúde

DADOS DO REQUERENTE	
Nome:	
Matrícula:	Telefone:
Cargo:	CPF:
Endereço pessoal:	
E-mail:	
<input type="checkbox"/> IF Goiano <input type="checkbox"/> IF Goiás <input type="checkbox"/> Outro órgão federal Lotação:	
<input type="checkbox"/> Servidor efetivo <input type="checkbox"/> Contrato temporário <input type="checkbox"/> Comissionado	
Através deste, venho requerer LICENÇA PARA TRATAMENTO DA PRÓPRIA SAÚDE , nos termos do art. 202, da Lei nº 8.112/90 , por _____ dias, a partir de ____/____/_____.	
Através deste, venho requerer LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE – RGPS (ATÉ 15 DIAS) , nos termos dos art. 59 e 60, da Lei nº 8.213/91 , por _____ dias, a partir de ____/____/_____.	
DECLARAÇÃO	
DECLARO estar ciente que, caso a licença se inicie no momento em que já estiver no usufruto de minhas férias, estas não poderão ser suspensas, conforme Orientação Normativa nº 2/SRH, de 2011, ratificada pela Nota Informativa nº 11 /2012/CGNOR/DENOP/SRH/MP, de 18/01/2012.	
Minhas férias serão de ____/____/____ a ____/____/_____	
Local e data:	
Assinatura do requerente:	
Obs.: É de inteira responsabilidade do servidor comunicar a chefia imediata sobre o seu afastamento.	
DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS:	
<ul style="list-style-type: none">• Anexar o atestado médico original e entregar em até 05 (cinco dias), a contar da data do início do afastamento, na unidade de saúde do Campus ou na sede do SIASS IFGoiano/Goiás.• Apresentar à perícia exames médicos, receitas e outros documentos referentes à doença que motivou este afastamento.	