



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

Requerimento para Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família

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	
OBS: Os contratados por tempo determinado não farão jus à licença por motivo de doença em pessoa da família, uma vez que não há previsão legal para concessão.	
Através deste, venho requerer LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA , nos termos do art. 83, da Lei nº 8.112/90, por _____ dias, a partir de ____/____/____.	
DECLARAÇÃO	
DECLARO estar ciente que, se por ventura a licença que ora pleiteio, se iniciar 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 ____/____/____	
DADOS DO FAMILIAR	
Nome do familiar:	
CPF:	Grau de parentesco:
O familiar informado acima está cadastrado como dependente no RH da instituição de origem: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
OBS: O referido cadastro é essencial para a realização da perícia médica.	
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.	