

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 instuidor: _____ 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 ou Membro da Comissão de Saúde	Assinatura Chefia Imediata/ RH do órgãos ou Membro da Comissão de Saúde	() Visto pela Comissão Interna de Saúde do Servidor Campus Manaus Distrito Industrial _ CISS/CMDI Ordem de Serviço 011/2019_GDG/CMDI de 21/03/2019	
Licença para acompanhamento de familiar () neste caso, preenchimento dos campos obrigatórios			
Período: ___/___/___ a ___/___/___	Tempo indeterminado ()	Ultimo dia trabalhado: ___/___/___	
Internação: () sim () não	Local:	Leito:	
Nome:	Relação de Parentesco:		
CPF:	Assinatura Chefia Imediata/ RH ou Membro da Comissão de Saúde		
Nome Chefia Imediata/ RH ou Membro da Comissão de Saúde	Assinatura Chefia Imediata/ RH ou Membro da Comissão de Saúde		

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: _____	

* Caso os campos não venham devidamente preenchidos, o atestado não será recepcionado por esta Unidade SIASS.

* Sem a assinatura da chefia imediata, representante do RH ou Comissão de Saúde, o atestado não será recepcionado por esta Unidade SIASS.