

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR**

DADOS DO REQUERENTE			
Nome:			
CPF:	Tel Residencial:	Tel setor:	Tel Celular:
Endereço:			
E-mail pessoal:		E-mail institucional:	
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 instituidor: _____ Matrícula do instituidor: _____ CPF do instituidor: _____		
Licença para Tratamento da Própria Saúde ()			
Se internação	Local:	Leito:	
Período: ___/___/___ a ___/___/___	Tempo indeterminado ()	Ultimo dia trabalhado: ___/___/___	
Acidente de trabalho () sim () não	CAT/SP ()		
Nome Chefia Imediata	Assinatura Chefia Imediata		
Licença para acompanhamento de familiar ()			
Se internação	Local:	Leito:	
Período: ___/___/___ a ___/___/___	Tempo indeterminado ()	Ultimo dia trabalhado: ___/___/___	
Nome:	Relação de Parentesco:		
CPF:	Nome Chefia Imediata/ RH do órgãos	Assinatura Chefia Imediata	

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: _____	