

## REQUERIMENTO

<b>DADOS DO REQUERENTE (preenchimento obrigatório, SEMPRE)</b>			
Nome:			
CPF:	Tel Residencial:	Tel setor:	Tel Celular:
Está em estágio probatório NÃO ( ) SIM ( )			
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 instituidor: _____ Matrícula do instituidor: _____ CPF do instituidor: _____		
<b>Licença para Tratamento da Própria Saúde ( )</b>		<b>Licença para acompanhamento de familiar ( )</b>	
<b>preenchimento dos campos obrigatórios</b>			
<b>Documento médico cadastrado no módulo Atestado WEB:</b>		<b>Sim ( ) Não* ( )</b>	
<b>*Justificativa:</b>			
Período: ___/___/___ a ___/___/___	Tempo indeterminado ( )	Ultimo dia trabalhado: ___/___/___	
Internação: ( ) sim ( ) não	Local:	Leito:	
Acidente de trabalho ( ) sim ( ) não	CAT/SP ( )		
Nome Familiar:			
CPF:		Relação de Parentesco:	
Nome da Chefia Imediata/RH do órgão:		Assinatura da Chefia Imediata/RH do órgão:	
<b>Caso de Processo Administrativo especifique o tipo:</b>			

<b>Solicitação de cópia ( ) OBS. Retirada das cópias na Unidade SIASS/UFAM</b>	
Atestado médico ( )	Laudos médicos periciais ( )
<b>Observação ( )</b>	
Local e data: _____.	
Assinatura do servidor requerente: _____.	
Assinatura do (a) servidor (a) da Unidade SIASS/UFAM: _____ Siape: _____	