**Requerimento para Licença por motivo de acidente em serviço**

**ou doença profissional**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO SERVIDOR REQUERENTE** | | | | |
| Nome: | | | | |
| CPF: | Telefone Residencial: | | | Telefone Celular: |
| Endereço residencial: | | | | |
| E-mail: | | | | |
| Possui dois cargos Públicos Federais? NÃO ( ) SIM ( )  Se sim e o requerimento for para ambos os cargos, favor preencher também os campos relativos ao 2º cargo. | | | | |
| Cargo 1: | | Matrícula SIAPE: | Lotação: | |
| Cargo 2: | | Matrícula SIAPE: | Lotação: | |
| Através deste, requeiro **LICENÇA POR MOTIVO DE ACIDENTE EM SERVIÇO OU DOENÇA PROFISSIONAL,** nos termos dos arts. 211 e 212 da Lei nº 8112/1990, art. 20 da Lei nº 8.213/1991 e ON SRH/MP nº 03/2010, por\_\_\_\_\_\_\_\_ dias, a partir de \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Informo que o último dia trabalhado foi \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Minhas férias estão assim programadas \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | |
| DECLARO ESTAR CIENTE:   1. Devo comunicar imediatamente o acidente à chefia. 2. O prazo para entrega da CAT/SP e do atestado no SIASS-UFG é de no máximo dez dias (10) corridos. 3. Devo anexar somente atestado médico original. 4. Caso a licença inicie até o dia anterior ao início das férias, estas serão suspensas enquanto durar o afastamento, e remarcadas. 5. **Devo comparecer ao SIASS/UFG para receber o laudo Pericial Médico/odontológico, dois (2) dias após a perícia.** | | | | |
| Local e data:  Assinatura do servidor requerente (por extenso):  Assinatura da Chefia Imediata (Nome e cargo da chefia):  Assinatura do responsável pela entrega do requerimento (por extenso): | | | | |