



Identificação

1. Matrícula SIAPE		2. CPF	
3. Nome do Servidor			
4. E-mail			
5. Órgão (com número)		6. Cargo	
7. Lotação		8. Regime	9. Situação Funcional
10. Último Dia Trabalhado	11. Cidade		12. Telefone

Obs.: Cada requerimento se refere a um único assunto. Leia Sempre as instruções pertinentes.

13. Ao dirigente de Recursos Humanos

<input type="checkbox"/> licença para tratamento de saúde do servidor;	<input type="checkbox"/> recomendação para tratamento de acidentados em serviço em instituição privada à conta de recursos públicos;
<input type="checkbox"/> licença por motivo de doença em pessoa da família;	<input type="checkbox"/> readaptação funcional de servidor por redução de capacidade laboral;
<input type="checkbox"/> licença à gestante;	<input type="checkbox"/> reversão de servidor aposentado por invalidez;
<input type="checkbox"/> licença por motivo de acidente em serviço ou doença profissional;	<input type="checkbox"/> avaliação de servidor aposentado para constatação de invalidez por doença especificada no §1º dos arts. 186 e 190;
<input type="checkbox"/> aposentadoria por invalidez;	<input type="checkbox"/> aproveitamento de servidor em disponibilidade;
<input type="checkbox"/> constatação de invalidez de dependente ou pessoa designada e constatação de deficiência do dependente;	<input type="checkbox"/> exame para investidura em cargo público;
<input type="checkbox"/> remoção por motivo de saúde do servidor ou de pessoa de sua família;	<input type="checkbox"/> pedido de reconsideração e recursos;
<input type="checkbox"/> horário especial para servidor portador de deficiência e para o servidor com familiar portador de deficiência;	<input type="checkbox"/> avaliação para isenção de imposto de renda;
<input type="checkbox"/> constatação de deficiência dos candidatos aprovados em concurso público nas vagas de portador de deficiência;	<input type="checkbox"/> avaliação de idade mental de dependente para concessão de auxílio pré-escolar;
<input type="checkbox"/> avaliação de sanidade mental do servidor para fins de Processo Administrativo Disciplinar;	<input type="checkbox"/> comunicação de doença de notificação compulsória ao órgão de saúde pública;
<input type="checkbox"/> outros (especificar):	

14. Indique os documentos anexados

15. Observações

16. Local e data

17. Assinatura do servidor requerente

18. Ciência da chefia imediata

19. Recursos Humanos

Obs: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Encaminhe-se a Extensão SIASS. Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Data, assinatura e carimbo da chefia imediata

Assinatura e matrícula SIAPE do responsável pela unidade de RH

Os atestados deverão tramitar em envelope lacrado, identificado com nome, matrícula SIAPE, último dia trabalhado, telefone para contato e órgão/entidade de exercício do servidor, bem como informado o tipo de documento e marcado como confidencial. Nos atestados, deverão constar a identificação do servidor e (se for o caso) da pessoa da família, identificação do profissional emitente e de seu registro em conselho de classe, data de emissão do documento, o Código da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) ou diagnóstico e o tempo provável de afastamento, de forma legível.

Normas aplicadas: Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal, instituído pela Portaria nº 797, de 22 de março de 2010; Decreto nº 7.003, de 09 de novembro de 2009; Orientação Normativa SRH/MP nº 3, de 23 de fevereiro de 2010.

Extensão SIASS – IFSULDEMINAS

Av. Vicente Simões, nº 1.111 | Bairro Nova Pousa Alegre | CEP 37.550-000 | Pousa Alegre, MG  
Tel.: (35) 3449-6180 | siass@ifsulde Minas.edu.br | https://www2.siapenet.gov.br/saude