|  |
| --- |
| **LICENÇA PARA TRATAMENTO DA PRÓPRIA SAÚDE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DADOS DO SERVIDOR** | | |
| NOME: | | SIAPE: |
| CARGO: | LOTAÇÃO: | |
| RAMAL: | CELULAR / FIXO: | |
| E-MAIL INSTITUCIONAL: | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DA CHEFIA IMEDIATA DO SERVIDOR** | |
| NOME: | SIAPE: |
| E-MAIL INSTITUCIONAL: | RAMAL: |

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DO ATESTADO MÉDICO** | |
| INÍCIO DO AFASTAMENTO:    /    / | SUGESTÃO DE DIAS DE AFASTAMENTO: |
| NOME DO PROFISSIONAL: | |
| CRM/ CRO DO PROFISSIONAL: | |

**Aviso importante: O servidor deverá notificar seu superior imediato sobre sua ausência temporária ao trabalho.**

**1 -** Somente os atestados emitidos por médicos ou cirurgiões-dentistas serão aceitos para fins de justificativa de faltas ao trabalho.

**2 -** Nos atestados deverão constar: identificação do servidor, 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 ou diagnóstico e o tempo provável de afastamento, de forma legível.

**3 -** O servidor **poderá** ser dispensado da perícia oficial para a concessão de licença para tratamento da própria saúde, por razões médicas ou odontológicas, desde que sua licença não ultrapasse o período de **5 (cinco) dias corridos** ou a soma dessas licenças não ultrapasse **14 (quatorze) dias, consecutivos ou não**, nos 12 (doze) meses anteriores. Nos demais casos, o servidor será **contatado via** **e-mail institucional** para agendamento de perícia médica ou odontológica.

**4 -** Caso o servidor não autorize a especificação do diagnóstico ou o CID em seu atestado, o servidor deverá submeter-se à perícia oficial, ainda que a licença cumpra todos os demais requisitos previstos.

**5 -** Mesmo os servidores com licenças que atendam aos critérios para serem dispensados de perícia podem ser convocados para avaliação pericial a critério do perito, bem como por solicitação da chefia ou da Superintendência de Gestão de Pessoas.

Estou ciente das informações acima,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data:    /    / |  |  |
|  | Assinatura do servidor / Representante |  |

PROCEDIMENTO:

1- Preencher e assinar o formulário

2- Anexar atestado médico ou odontológico original

3- Entregar na SUGEPE/DSQV - Campus Santo André - Bloco A - Subsolo - Sala S16 - **impreterivelmente até 5 (cinco) dias corridos** contados da data de início do afastamento.

Os atestados que não forem entregues pessoalmente à SUGEPE/DSQV deverão tramitar em envelope lacrado, identificado e marcado como confidencial.

Os registros de licenças do Siape Saúde, bem como os protocolos de agendamento de perícia, os quais não possuem conteúdos sigilosos serão enviados para o servidor e sua chefia via e-mail institucional para ciência.

FUNDAMENTO LEGAL: art. 202 a 206 da Lei nº 8112/90, Decreto nº 7003/2009, ON SRH/MP nº 3/2010 e Portaria SGP/MP nº235/2014

v.16.05.2017