



UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
Unidade do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS
Av. José de Sá Maniçoba, s/n, Campus Universitário - Petrolina-PE – CEP 56.304-205
Tel (87) 2101-6701 – e-mail: siassunivasf@univasf.edu.br

REQUERIMENTO DE LICENÇA MÉDICA

PREENCHIMENTO PELO SERVIDOR

Nome:		Sexo:
Nome Social:*		
Setor de Lotação:	Matrícula:	Categoria Funcional:
Endereço Residencial:		Telefone:
E-mail:		E-mail institucional:

*Somente para transgêneros, travestis e transexuais.

Requer que lhe seja concedida respectiva licença:

- () Tratamento de Saúde (TS)
() À gestante por indicação médica (antes do parto)**
() Doença em Pessoa da família (DPF), a seguir identificada:

Nome:	
Parentesco:	Telefone:
Endereço residencial:	Cidade:

** No caso de qualquer intercorrência clínica proveniente do estado gestacional verificada no transcurso do nono mês de gestação, deverá ser concedida, de imediato, a licença à gestante.

DADOS DO ATESTADO MÉDICO

Dada de emissão do atestado:	Quantidade de Dias sugeridos:	Nome do Médico Assistente

PREENCHIMENTO PELA CHEFIA

Setor de Origem	Último dia de trabalho	Visto da Chefia Imediata
Observações da chefia de interesse da perícia		

- Atenção:**
- Após preenchimento, este formulário deverá ser encaminhado a **Unidade do SIASS UNIVASF** - Av. José de Sá Maniçoba, s/n - Centro, Petrolina – PE.
 - Anexar atestado Médico.