



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR
IF GOIÁS IF GOIANO

Requerimento para Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família

DADOS DO REQUERENTE	
Nome:	
Matrícula:	Telefone:
Cargo:	CPF:
Endereço pessoal:	
E-mail:	
() IFGoiano () IFG	Lotação:
Através deste, venho requerer LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA , nos termos do art. 83, da Lei nº 8.112/90, por _____ dias, a partir de ____/____/____.	
DECLARAÇÃO	
DECLARO estar ciente que se por ventura a licença que ora pleiteio, se iniciar no momento em que já estiver no usufruto de minhas férias, estas não poderão ser suspensas, conforme Orientação Normativa nº 2/SRH, de 2011, ratificada pela Nota Informativa nº 11 /2012/CGNOR/DENOP/SRH/MP, de 18/01/2012.	
Informe abaixo o nome, o CPF e o grau de parentesco da pessoa que necessita de acompanhamento:	
Justificativa para o acompanhamento:	
Minhas férias serão de ____/____/____ a ____/____/____	
Local e data:	
Assinatura do requerente:	
Obs.: É de inteira responsabilidade do servidor comunicar a chefia imediata sobre o seu afastamento.	
DOCUMENTO A SER ANEXADO:	
<ul style="list-style-type: none">• Atestado médico original, entregar em até 05 (cinco) dias na unidade de saúde ou SIASS/IFs.	