



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Catarinense – Reitoria

LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE EM PESSOA DA FAMÍLIA

FORMULÁRIO I – SOLICITAÇÃO DA LICENÇA

Cód. CONARQ – 024.3 À CSST – Coord. de Saúde, Segurança do Trabalho e Sias – DGP/IFC – (11.01.18.10.53)

Nome: _____
Matrícula SIAPE n°: _____ CPF: _____
Cargo: _____
Nível: _____ Classe: _____ Carga horária: _____
Campus/Lotação: _____
CPF: _____ Email: _____
Telefone: _____ Celular: _____

Através deste, requiro **LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE EM PESSOA DA FAMÍLIA**, nos termos do art. 83, da Lei nº 8.112/90, por _____ dias, a partir de ____/____/____. Informo que o último dia trabalhado foi ____/____/____.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Nome do familiar: _____
Grau de parentesco: _____ CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço de onde o familiar encontra-se durante a vigência do atestado: _____

Está hospitalizado?		Está acamado?	
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Dispõe de comprovante médico?		Dispõe de exames complementares?	
<input type="checkbox"/> SIM (Apresentar na perícia)	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM (Apresentar na perícia)	<input type="checkbox"/> NÃO
Tipo de atestado:			
<input type="checkbox"/> Médico clínico	<input type="checkbox"/> Médico psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Odontológico	

Nestes termos, pede deferimento.

Local/Data: _____

(Assinatura do Servidor)

Data da Ciência e Assinatura da chefia imediata

Assinatura do responsável pela entrega do requerimento (por extenso): _____