



**SIASS – SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR**  
REQUERIMENTO DE LICENÇA POR ACIDENTE EM SERVIÇO OU POR DOENÇA PROFISSIONAL

**DADOS DO(A) SERVIDOR(A)**

Nome:

CPF:

Inscrição UFMG:

Matrícula SIAPE:

Jornada Semanal de Trabalho:

20h

40h

D.E.

Outro.

Especificar:

E-mail:

Tel. do setor de trabalho:

Órgão de lotação/Unidade:

Departamento:

Local efetivo de execução das atividades (hospital, andar, bloco, sala, laboratório, etc.):

Horário de trabalho:

Trabalha em escala de revezamento?

Não

Sim. Especificar:

Cargo:

Exerce função de chefia ou direção?

Sim

Não

**REQUERIMENTO:**

O (A) servidor(a) acima identificado(a) requer a concessão de **LAS** - Licença por Acidente em Serviço conforme **CAS** - Comunicação de Acidente em Serviço de número: 23072. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Servidor

**SEÇÃO DE PESSOAL DA UNIDADE/ÓRGÃO** (todos os itens deverão ser assinalados)

1. Numerou e rubricou todas as folhas do processo? ( ) NÃO ( ) SIM
2. Cadastrou no sistema de controle de Processo? ( ) NÃO ( ) SIM
3. Foram anexados ao processo:
  - a) Relatório médico detalhado? ( ) NÃO ( ) SIM
  - b) Cópia da Receita Médica (com carimbo do médico)? ( ) NÃO ( ) SIM
  - c) Cópias de resultados de exames complementares? ( ) NÃO ( ) SIM
  - d) Indicação de tratamento especializado? ( ) NÃO ( ) SIM
  - e) Outro(s)? ( ) NÃO ( ) SIM \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Responsável (Com carimbo)

PERICIA MÉDICA:		
<b>1. SIAPE do Perito:</b>	<b>Data:</b> ___/___/_____	<b>Horário:</b> __ h__m
<b>2. Descrição da(s) lesão(ões):</b>	<b>3. Diagnóstico provável:</b>	
<b>4. O estágio evolutivo da(s) lesão(ões) é compatível com a data do acidente declarado?</b>  ( ) sim ( ) não	<b>5. Há correlação entre a natureza, o grau e localização da(s) lesão(ões) com o histórico do acidente que a(s) teria provocado?</b>  ( ) sim ( ) não	
<b>6. Qual o regime de tratamento que deverá submeter-se o servidor periciado?</b>  ( ) Hospitalar ( ) Ambulatorial	<b>7. Qual a duração provável do tratamento:</b>  _____ dias.	
<b>8. O acidentado foi hospitalizado</b> em: ___/___/_____ Local _____		
<b>9. É recomendada a readaptação ou remoção do servidor periciado?</b>  ( ) sim, com restrição, temporaria, de atividades (vide conclusão). ( ) sim, reinserção para desempenho de outras atividades. ( ) não é necessário readaptação do servidor.		

CONCLUSÃO DA PERICIA MÉDICA.
Fazer a marcação de <b>SIM</b> em apenas uma das opções abaixo. Nas demais deverão ser assinaladas o <b>NÃO</b> . 1 - ( )NÃO ( ) SIM Licença por acidente em serviço por _____ dias, no período de ___/___/_____ a ___/___/_____ 2 - ( )NÃO ( ) SIM Licença a para tratamento de doença ocupacional por _____ dias, no período de ___/___/____ a ___/___/_____ 3 - ( )NÃO ( ) SIM Licença indeferida. 4 - ( )NÃO ( ) SIM Encaminhar para equipe Multiprofissional estudar o caso e identificar possível relação de "nexo causal" entre as atividades [e/ou acidente(s) anterior(es)] do servidor e possível doença profissional?

DAP/DCAD
( ) comandado no APF ( ) anotado na ficha funcional do servidor ( ) comandado no SIAPEnet. ( ) publicado no Boletim de Pessoal. ( ) Enviada cópia a Seção de Pessoal do servidor. ( ) Enviado o processo ao Arquivo.
Data ___/___/_____ Assinatura do Responsável (Com carimbo)