**A Superintendência de Recursos Humanos da Universidade Federal do Piauí, venho requerer remoção por motivo de saúde para:**

( ) Por motivo de saúde do servidor

( ) Por motivo de saúde do cônjuge, companheiro ou dependente que viva às suas expensas e conste do seu assentamento funcional

Nome do Servidor

Siape CPF

Cargo Estado civil

Lotação Jornada de Trabalho

Campus

Endereço do Servidor

Telefone E-Mail

Nome do Dependente (Se For o Caso)

Grau de Parentesco:

( ) Cônjuge ( ) Companheiro ( ) Dependente (Conforme Art. 4º da ON nº 9/2010 no verso)

CPF do Dependente

Endereço do Dependente

Lotação sugerida

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Local e Data) Assinatura do Requerente

DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS A ESTE REQUERIMENTO:

* Relatório médico que indique a necessidade de remoção por motivo de saúde com histórico da patologia, constando início da doença, tipo e duração do tratamento prescrito (levar original para realização da perícia);
* Comprovante de residência do servidor e de pessoa da família, se for o caso;
* Declaração expedida pela Secretaria de Saúde do Município de lotação do servidor atestando a existência ou não de tratamento adequado para a patologia identificada na rede pública do município;
* Declaração emitida por órgão da Secretaria de Saúde do Estado onde está localizado o campus de lotação do servidor, atestando a existência ou não de tratamento adequado para a patologia identificada na rede pública do município de lotação do servidor;
* No caso de o servidor ou pessoa da família figurar como titular ou dependente de plano privado de assistência à saúde, deverá apresentar declaração expedida pela operadora de plano de saúde a qual se encontra vinculado atestando a existência ou não de tratamento adequado para a patologia identificada no município e na microrregião do seu campus de lotação.
* Exames(opcional)
* Último contracheque emitido

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Art. 36, Inciso III, b da Lei nº 8.112/1990;Orientação Normativa nº 9, de 5 de Novembro de 2010

OBS: O requerimento junto aos demais documentos deverão ser digitalizados em arquivo único no formato PDF e enviados para o e-mail protocologeral@ufpi.edu.br para abertura de processo eletrônico.

MANUAL DO SIAAS

A junta médica oficial, quando da análise de solicitação de remoção, a pedido, por motivo de saúde do servidor, de pessoa de sua família ou dependente, ao emitir laudo conclusivo quanto à necessidade da mudança do local de exercício do servidor, poderá considerar, dentre outras questões:

I - a existência de doença ou motivo de saúde que fundamente o pedido, ou mesmo seu agravamento;

II - a inexistência de tratamento na atual localidade de exercício do servidor;

III - as características da cidade recomendada, desde que satisfaça às necessidades de saúde e tratamento do servidor, de pessoa de sua família ou dependente.

Resguarda-se a Administração Pública Federal indicar qualquer localidade de exercício, desde que satisfaça às necessidades de saúde e tratamento do servidor, de pessoa de sua família ou dependente.

ORIENTAÇÃO NORMATIVA Nº 9, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2010

Art. 4º Para fins de comprovação do vínculo e da dependência econômica do beneficiário deverão ser apresentados no mínimo três dos seguintes documentos:

I - certidão de nascimento de filho havido em comum;

II - certidão de casamento religioso;

III - declaração de imposto de renda do servidor, em que conste o interessado como seu dependente;

IV - disposições testamentárias;

V - declaração especial feita perante Tabelião;

VI - prova de residência no mesmo domicílio;

VII - prova de encargos domésticos evidentes e existência de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil;

VIII - procuração ou fiança reciprocamente outorgada;

IX - conta bancária conjunta;

X - registro em associação de qualquer natureza, no qual conste o nome do interessado como dependente do servidor;

XI - anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados;

XII - apólice de seguro no qual conste o servidor como titular do seguro e a pessoa interessada como sua beneficiária;

XIII - ficha de tratamento em instituição de assistência médica, da qual conste o servidor como responsável;

XIV - escritura de compra e venda de imóvel pelo servidor em nome do dependente;

XV - declaração de não emancipação do dependente menor de vinte e um anos; ou

XVI - quaisquer outros que possam levar à convicção do fato a ser comprovado.

Parágrafo único. O auxílio financeiro ou quaisquer outros meios de subsistência material custeada pelo instituidor não constitui meio de comprovação de dependência econômica.

Declaro que estou ciente do conteúdo do Manual do SIASS e do Art. 4º da Orientação Normativa nº 9, de 5 de Novembro de 2010.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Requerente

**TERMO DE CIÊNCIA**

Recebe adicional de insalubridade, periculosidade, gratificação de raios-x ou irradiação ionizante?

( ) Sim

( ) Não

1. Estou ciente de que, em razão da alteração da lotação, o pagamento será suspenso, devendo ser gerado novo laudo de concessão de adicional de insalubridade, periculosidade, gratificação de raios-x ou irradiação ionizante, mediante requerimento do servidor.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(assinatura servidor)

Recebe auxílio transporte?

( ) Sim

( ) Não

2. Estou ciente de que, em razão da alteração de Município, o pagamento será suspenso, devendo ser haver novo requerimento do servidor.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(assinatura servidor)