**Perícia Médica do IFS durante a pandemia da Covid-19**

Durante o período de pandemia da Covid-19 a documentação necessária para análise das perícias deverá ser enviada para o e-mail: [ccad.progep@ifs.edu.br](mailto:ccad.progep@ifs.edu.br), obedecendo o prazo de entrega de 05 (cinco) dias corridos a contar da data do atestado.

**Documentações necessárias para análise da perícia médica do IFS**

* Atestado médico/odontológico digitalizado legível contendo a identificação do paciente, assim como do profissional emitente com seu registro no conselho de classe, o nome da doença ou agravo ou seu código na Classificação Internacional de Doenças (CID) e o tempo de afastamento.
* Exames complementares digitalizados (exames laboratoriais, laudo de exames de imagem como raio-x, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Ultrassonografia, etc)
* Requerimento do servidor devidamente preenchido (anexo)

Obs: todos os documentos deverão ser encaminhados para o e-mail [ccad.progep@ifs.edu.br](mailto:ccad.progep@ifs.edu.br)

**ATENÇÃO**

* Servidor que testar positivo para a Covid-19 ou que seja considerado suspeito deverá preencher o requerimento em anexo e comunicar o fato a Perícia Médica do IFS, mesmo sem atestado médico, através do e-mail:pericia.medica@ifs.edu.br, colocando no assunto, Covid-19.

****

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SERGIPE**

Av. Jorge Amado, 1551 - Loteamento Garcia, Bairro Jardins - CEP 49025-330 - Aracaju/SE

Fone: (79) 3711-1400 - E-mail: reitoria@ifs.edu.br

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **REQUERIMENTO DO SERVIDOR** | |  |
| **Campus**: Aracaju Estância Glória Itabaiana Lagarto Propriá Reitoria São Cristóvão Tobias Barreto | | | |
| Docente Técnico Administrativo Pensionista | | Ativo Inativo | |
| **Requerente:** | | | |
| **SIAPE: Cargo/Função:** | | | |
| **Carga Horária: Classe:** | | | |
| **Lotação/Setor:** | | | |
| **Endereço:** | | | |
| **Fone:** | | | |
| **E-mail institucional do servidor**: | | | |
| **Objetivo do Requerente**  Licença para tratamento da própria saúde  Licença à gestante  Licença por motivo de doença de pessoa da família  Aposentadoria por invalidez  Remoção por motivo de saúde  Licença por acidente em serviço  Outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **Informações Complementares**  **Você está ou esteve com sintomas de Covid-19 nos últimos 14 dias ? SIM NÃO**    Observação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

REQUER CONCESSÃO DO PRESENTE PEDIDO. NESTES TERMOS, PEDE DEFERIMENTO.

**DATA:\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome completo do Requerente ou Representante**