**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, 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

**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**