



UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS – UFGD
UNIDADE SIASS/PROGESP/DIASS

REQUERIMENTO PARA LICENÇA À GESTANTE E PRORROGAÇÃO

1. O direito ocorre a partir da 38ª semana de gestação se houver intercorrência clínica; ou a partir do nascimento da criança.
2. A servidora deve informar sua chefia imediatamente sobre o início do afastamento.
3. Para licenças anteriores ao parto, procurar a DIASS por telefone ou e-mail, no prazo máximo de 5 dias consecutivos, e agendar perícia médica.
4. Para licenças iniciadas no dia do parto, a servidora ou representante deverá apresentar duas vias deste formulário mais cópia e original da certidão de nascimento, em até 5 dias consecutivos, na DIASS.
5. Férias ou outros afastamentos que coincidam com o período desta licença deverão ser reprogramados ou suspensos, mediante requerimento a SERF, antes que a solicitação seja encaminhada à DIASS.
6. Legislação: art. 207 da Lei nº 8.112/1990 e Decreto nº 6.690/2008.

01 - Dados da Interessada

Nome completo:	
Cargo:	Matrícula Siape:
Função:	Lotação:
Telefone de contato:	Data de admissão:
E-mail:	

02 - Dados da Solicitação

<p>() Licença anterior ao nascimento (perícia médica), por 120 (cento e vinte) dias;</p> <p>() Licença a partir do nascimento, por 120 (cento e vinte) dias;</p> <p>() Prorrogação da licença, por 60 (sessenta) dias.</p> <p>Documentos anexos:</p>
<p>() Declaro estar ciente de que:</p> <p>1. No período desta licença, não poderei exercer qualquer atividade remunerada, e a criança não poderá ser mantida em creche ou organização similar; se houver descumprimento, perderei o direito à prorrogação de licença, sem prejuízo do devido ressarcimento ao erário, conforme artigo 3º do Decreto nº 6.690/2008.</p> <p>2. Em caso de morte do filho no decorrer da licença maternidade, a servidora deverá retornar ao trabalho ao fim dos 120 dias. Em caso de natimorto, a servidora deverá agendar perícia para 30 dias após o parto, quando será avaliado seu possível retorno ao trabalho. Se necessitar prorrogar o afastamento, apresentar atestado médico.</p>

_____/_____/_____

Assinatura da requerente