



## TERMO DE RESPONSABILIDADE: INTERRUÇÃO DE LICENÇA MÉDICA

Eu, ..... (nome),  
matrícula Siape nº ....., ocupante do cargo efetivo de .....,  
lotado no(a) ..... (especificar qual câmpus ou retoria), venho por meio deste  
manifestar interesse em retornar às minhas atividades a partir de ..... / ..... / ....., por já ter  
apresentado melhora no meu quadro clínico. Responsabilizo-me por quaisquer intercorrências  
advindas deste ato.

Local e data: ..... / ..... / .....

.....  
Beneficiário / SIAPE