

REQUERIMENTO

AGENDAMENTO DE PERÍCIA FORA DO PRAZO

INFORMAÇÕES DO SERVIDOR:

Nome:	
SIAPE:	CPF:
Lotação:	Cargo:
Telefones:	E-mail:

INFORMAÇÕES DO AFASTAMENTO:

Período de afastamento: de ____/____/____ à ____/____/____
<input type="checkbox"/> Atestado médico <input type="checkbox"/> Atestado odontológico <input type="checkbox"/> Licença tratamento <input type="checkbox"/> Licença tratamento pessoa da família

JUSTIFICATIVA:

MOTIVO DO NÃO CUMPRIMENTO DO PRAZO DE AGENDAMENTO:
_____ _____ _____ _____
Observação: Anexar documentos comprobatórios.

Com base nos motivos acima expostos, requer deferimento do agendamento de perícia oficial.

MANIFESTAÇÃO JUNTA MÉDICA OFICIAL:

_____ _____ _____

Local e data

Assinatura