**Requerimento para avaliação por Perícia Oficial em Saúde**

|  |
| --- |
| **DADOS DO SERVIDOR REQUERENTE** |
| Nome: |
| CPF: | Telefone Residencial: | Telefone celular: |
| Endereço residencial: |
| E-mail: |
| Matrícula SIAPE: |
| Através deste, requeiro à Diretoria de Gestão de Pessoas **avaliação por Perícia Oficial em Saúde,** nos termos da Lei 8.112/1990, a fim de substanciar a condição de saúde pela qual pleiteio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (tipo de processo, ex.: remoção por motivo de saúde, horário especial, etc.) |
| **DADOS DA PESSOA DA FAMÍLIA**/**DEPENDENTE** (caso necessário) |
| Nome: |
| CPF: |
| Relação de Parentesco: |
| DECLARO ESTAR CIENTE: 1. O SIASS-IFAL agendará a perícia após recebimento do processo eletrônico, conforme agenda da Unidade.
2. Devo comparecer no dia e hora previamente agendados.
3. Devo apresentar documento de identificação com foto.
4. Devo comunicar o mais brevemente possível que não poderei comparecer.
5. Caso a avaliação seja do meu familiar ou dependente, este deve estar cadastrado no meu assentamento funcional.

 **(Lei 8112/1190; Decreto 7.003/2009; Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal, 3ª Edição)** |
| Local e data: Assinatura do requerente (por extenso): |