**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): | | |