UFVJM	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI UNIDADE SIASS/UFVJM	**REQUERIMENTO DE RECONSIDERAÇÃO OU RECURSO**	SIASS Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor

IDENTIFICAÇÃO

1. Matrícula SIAPE	**2. CPF**
3. Nome do servidor	
4. Órgão	
5. E-mail do servidor	
6. Telefones (com DDD) do servidor	
7. Data em que foi realizada a perícia oficial em saúde (singular ou junta)	
8. Cidade em que realizada a perícia oficial em saúde (singular ou junta)	
9. Número do Laudo Oficial emitido na ocasião da perícia oficial em saúde (singular ou junta)	
10. ***Considerando o exame pericial realizado na Unidade SIASS/_____, conforme dados informados neste Requerimento, na condição de servidor(a) requerente acima identificado, solicito*****:** **( ) Reconsideração de perícia.** **( ) Recurso de perícia.**	
11. Justificativa do pedido de reconsideração ou recurso:	
Declaro ter ciência que, em caso de deferimento do pedido de reconsideração ou recurso, os efeitos da decisão retroagirão à data do ato impugnado e, em caso de indeferimento, os dias em que não comparecer ao trabalho serão considerados como faltas justificadas, podendo ser compensadas ou não de acordo com o previsto no art. 44 da Lei nº 8.112/1990, ou seja, a critério da minha chefia imediata. Base Legal: Artigo 106 da Lei nº 8.112/1990.	
12. Local e Data	**13. Assinatura do servidor**

RECEBIDO PELA COORDENADORIA DE PERÍCIA	
Data	Responsável (nome legível)