

	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE UNIDADE SIASS/UFVJM	REQUERIMENTO DE RECONSIDERAÇÃO OU RECURSO	
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 DIVISÃO DE PERÍCIA	
Data	Responsável (nome legível)

