Ministério de Educação
Universidade Federal do Pampa
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
Coordenadoria de Qualidade de Vida do Servidor
Divisão de Perícia

# SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA DOMICILIAR OU HOSPITALAR

| IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR(A) | |
|---|---|
| Nome: | |
| Cargo: | Matrícula SIAPE: |
| Local de Exercício: | Telefone(s): |
| E-mail(s): | |
| Endereço: | |
| Cidade: | CEP: |

**DADOS PARA ANÁLISE**

Data inicial do atestado: ____/____/_____
Número de dias de afastamento: _____ dias

**DESCRIÇÃO DO PROBLEMA/DIAGNÓSTICO:**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

**JUSTIFICATIVA PARA A REALIZAÇÃO DA PERÍCIA SOLICITADA:**

O(a) paciente encontra-se hospitalizado(a)? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, a previsão de internação é superior a 5 (cinco) dias? ( ) Sim ( ) Não

O(a) paciente está em regime de internação domiciliar? ( ) Sim ( ) Não

A patologia atual gera imobilidade ou restrição ao leito? ( ) Sim ( ) Não

Nome do(a) solicitante: _____

_____

Assinatura do(a) médico(a) solicitante

_____

Assinatura do(a) servidor(a)

Data: ____/____/_____

**PARECER PROFISSIONAL:**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Profissional emitente: _____

_____
Assinatura

Data: ____/____/_____

**PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO SERVIÇO DE PERÍCIA OFICIAL EM SAÚDE**

( ) Solicitação deferida ( ) Solicitação indeferida

**OBSERVAÇÕES:**

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____