# REQUERIMENTO DE AVALIAÇÃO DE ATESTADO ENTREGUE FORA DO PRAZO E/OU NÃO-COMPARECIMENTO EM PERÍCIA

Eu, _____, matrícula SIAPE: _____, telefone: ( ) _____, lotação: _____, nesta data: ____/____/_____, venho requerer:

( ) **Avaliação de atestado entregue fora do prazo legal**
Data de início do afastamento: ____/____/_____

( ) **Avaliação de justificativa de não-comparecimento em perícia**
Data de agendamento da perícia: ____/____/_____

Tipo de Licença:

( ) Licença para Tratamento de Saúde
( ) Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família
( ) Licença por Acidente em Serviço
( ) Licença Gestante com Avaliação Pericial

**JUSTIFICATIVA:**

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Nestes termos, peço deferimento.

_____
Assinatura do(a) servidor(a)

| PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA DIVISÃO DE PERÍCIAS |
|---|
| Recebido em: ____/____/_____ Por: _____ |
| PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO(A) PROFISSIONAL RESPONSÁVEL |
| (  ) Deferido<br>(  ) Indeferido, conforme o Art. 4°, § 4º do Decreto nº 7.003, de 09 de novembro de 2009 , o Art. 6º, § 2º da Orientação Normativa nº 03 de 23 de fevereiro de 2010 e o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal que diz "*O atestado deve ser apresentado à unidade competente do órgão ou entidade no prazo máximo de 5 (cinco) dias corridos, contados da data do início do afastamento do servidor*".<br><br>Cargo do(a) profissional emitente: _____<br><br>_____<br>Assinatura |