CONCLUSÃO DE PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO (PR)

Nome Servidor(a):	Matricula:
Função/Cargo:	
Lotação:	Local de Trabalho:
Data Início Doença:	Data de Alta da Perícia Médica:

Laudo de Perícia Médica:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Conclusão:

Há incapacidade laborativa: ( ) SIM ( ) NÃO **Alta** a partir de: ___/___/___

_____
Médico Perito(a)

Data: ___/___/___