



Secretaria de Gestão de Pessoas

PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA (PR)

Nome Servidor(a):	Matrícula:
Função/Cargo:	
Local de Trabalho:	
Endereço:	Telefone:
Venho por meio deste requerimento solicitar administrativamente reavaliação de Perícia Médica realizada em ____ de _____ de _____. IMPORTANTE: <i>Em caso de acatamento do pedido de reconsideração, o(a) servidor(a) não sofrerá prejuízo de sua remuneração. Em caso de NÃO acatamento do pedido de reconsideração, o(a) servidor(a) deverá retornar ao trabalho após a emissão do ASO de retorno ao trabalho e não será remunerado(a) pelo período de tempo compreendido entre as duas perícias realizadas.</i>	

JUSTIFICATIVA (MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DE REAVALIAÇÃO):

Nestes termos, peço deferimento.

Joinville, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente

Data da Reavaliação: ____/____/____

Horário: _____

PROTOCOLO - REQUERIMENTO DE PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA (PR).

Nome do (a) servidor (a): _____

Entregue em: ____/____/_____.

Recebido por: _____

Data da Reavaliação: ____/____/____

Horário: _____