



Secretaria de Gestão de Pessoas

COMUNICAÇÃO DE RESULTADO DE EXAME MÉDICO PERICIAL

Nome Servidor(a):			
Função/Cargo:		Matrícula:	
Lotação:			

Fundamentação Legal: Art. 117 da Lei Complementar nº266, de 05 de abril de 2008

Conclusão I:

() Não existe incapacidade para o trabalho Alta a partir de: ____/____/____

Desta decisão poderá ser interposto Pedido de Reconsideração junto à Área de Perícia Médica, dentro do do prazo de 15(quinze) dias, contados da data de recebimento desta comunicação.

Conclusão II:

() Existe incapacidade para o trabalho de ____/____/____ à ____/____/____

Servidor deverá agendar Médico do Trabalho para emissão do ASO.

Conclusão III:

() Concedido Licença para Tratamento de Saúde

Existe incapacidade para o trabalho de ____/____/____ à ____/____/____

Servidor deverá agendar nova Perícia Médica.

Encaminhado ao: () PRP - Programa de Reabilitação Profissional () Ipreville

Jlle, ____/____/____

Assinatura do Médico(a) Perito(a)

Assinatura do Servidor(a)