



PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO

Nome do servidor/ periciado: _____

Órgão: _____ Matrícula SIAPE: _____

CPF: _____ E-mail: _____

Considerando o exame pericial realizado na Divisão de Perícia em Saúde da Universidade Federal Fluminense, localizada na cidade de _____, em ____ / ____ / ____ referente ao laudo pericial nº _____, na condição de servidor(a) / periciado(a) requerente acima identificado(a), solicito reconsideração da decisão pericial.

Justificativa:

Em caso de apresentação de procurador/representante legal (necessário apresentação de documentação legal)

Nome completo: _____

CPF: _____ RG: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Base Legal: Lei nº 8112 de 1990.

Tenho ciência que, tratando-se de indeferimento deste pleito, os dias em que não comparecer ao trabalho serão considerados como faltas não justificadas.

_____, ____ / ____ / ____

(assinatura)