UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PRO-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA
DIVISÃO DE PERÍCIA EM SAÚDE

SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR
SIASS – UFF

PEDIDO DE RECURSO

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 recurso 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)