



**PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDONÓPOLIS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO DE PESSOAS**  
Departamento de Saúde Ocupacional e Perícia Médica - DESOPEM

**REQUERIMENTO DE PERÍCIA MÉDICA – RPM**

REQUERENTE			
Nome		Matrícula	
RG	Órgão Exp.	CPF	Vínculo
Cargo	Órgão/Secretaria	Lotação	
Endereço Residencial			Telefone
<b>ÚLTIMO DIA DE TRABALHO:</b>		/ /	

MOTIVO DO REQUERIMENTO			
<input type="checkbox"/> Licença maternidade			
<input type="checkbox"/> Licença para tratamento de Saúde			
<input type="checkbox"/> Prorrogação de Licença para tratamento de Saúde			
<input type="checkbox"/> Licença para acompanhamento de pessoa da família			
_____			
Nome da pessoa enferma e relação de parentesco			
Data	Assinatura do Servidor	Data	Assinatura do Chefe Imediato
_ / _ / _		_ / _ / _	

PARECER DA PERÍCIA MÉDICA	
<input type="checkbox"/> O requerente necessita de _____ ( _____ ) dias de licença a partir de _____ / _____ /202____.	
<input type="checkbox"/> O requerente necessita de Readaptação Profissional por _____ ( _____ ) dias a partir de _____ / _____ /202____.	
<input type="checkbox"/> O requerente não necessita de licença	
_____	
_____	
_____	
_____	

DATA, CARIMBO E ASSINATURA DO(S) MÉDICO(S) PERITO(S)			DESOPEM
Data: _ / _ / _	Data: _ / _ / _	Data: _ / _ / _	Data: _ / _ / _
_____	_____	_____	_____
Médico Perito	Médico Perito	Médico Perito	Responsável