



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

**REQUERIMENTO DE PERÍCIA DOMICILIAR OU HOSPITALAR**

REQUERENTE		
Nome		Matrícula
RG	Órgão Exp.	CPF
Cargo	Secretaria	

MOTIVO DO REQUERIMENTO	
<input type="checkbox"/> Perícia Hospitalar	<input type="checkbox"/> Perícia Domiciliar

INFORMAÇÕES PARA ANÁLISE
Data do Atestado Médico: ____ / ____ / ____
Número de dias sugeridos no Atestado: _____ dias de afastamento
Diagnóstico: _____
_____

JUSTIFICATIVA DO REQUERIMENTO
<input type="checkbox"/> Dificuldade de Locomoção
<input type="checkbox"/> Doença em pessoa da Família
<input type="checkbox"/> Outras: _____

ENDEREÇO PARA REALIZAÇÃO DA PERÍCIA	
Rua/Av.	Nº
Bairro	Telefone
Referência	

DATA E ASSINATURA DO REQUERENTE OU RESPONSÁVEL	DATA, HORA E ASSINATURA DO PERITO
Rondonópolis/MT, ____ de ____ de 201 ____.	
_____	
Assinatura	