



**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