



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS  
COORDENAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA E SEGURANÇA NO TRABALHO

Unidade SIASS/UFT/Palmas-TO. Contato (63) 3218-3931 E-mail: siass@uft.edu.br



REQUERIMENTO DE AVALIAÇÃO PERICIAL

Acompanhamento (uso exclusivo pela equipe SIASS)

Data	Observação	Servidor SIASS

IDENTIFICAÇÃO DO(S) SOLICITANTE(S)

Nome do servidor:

Órgão de Exercício:

Lotação atual:

Cargo/Função:

Matrícula SIAPE:

E-mail:

Telefone(s):

( ) ( )

PREENCHA ABAIXO COM AS INFORMAÇÕES RELATIVAS À SOLICITAÇÃO

OBS.: cada requerimento se refere a um único assunto.

- Aposentadoria por invalidez
- Caracterização de deficiência física
- Licença gestante
- Licença para acompanhamento de familiar
- Licença para tratamento de saúde
- Licença por motivo de acidente em serviço ou doença profissional
- Pedido de reconsideração e recurso
- Solicitação de horário especial para acompanhamento de familiar
- Solicitação de horário especial para servidor portador de deficiência
- Outro (especificar): \_\_\_\_\_

Indique aqui os documentos anexados (não deixar de citar):

*O Atestado Médico deverá obrigatoriamente conter o diagnóstico da doença por extenso ou codificado através do CID com concordância do paciente*

Local e Data:

Assinatura e matrícula do requerente:

Assinatura e matrícula da chefia imediata:

Assinatura e matrícula SIAPE do Responsável pelo Dirigente de Recursos Humanos:

Em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_