



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
Serviço de Perícia Oficial em Saúde (PEOF)

REQUERIMENTO DE PERÍCIA PARA AVALIAÇÃO DA NECESSIDADE DE HORÁRIO ESPECIAL PARA SERVIDOR COM FAMILIAR OU DEPENDENTE COM DEFICIÊNCIA

Nome: _____

SIAPE: _____ Setor: _____

Telefone para contato: _____

Nome do familiar: _____

Grau de Parentesco: _____ Data de Nascimento: _____

Justificativa:

Tipo de deficiência a ser avaliada:

- deficiência física
- deficiência auditiva
- deficiência visual
- deficiência mental
- deficiência múltipla

Data do diagnóstico da deficiência: _____

Devem ser anexados os documentos comprobatórios (atestados médicos, exames...).

Pede deferimento.

Santa Maria, _____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente