



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

**REQUERIMENTO DE REMOÇÃO DO SERVIDOR POR MOTIVO DE SAÚDE
DE PESSOA DA FAMÍLIA OU DEPENDENTE**

Nome: _____

SIAPE: _____

Setor: _____

Contatos (telefone e e-mail):

Justificativa:

Santa Maria, ____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente

OBS: Base legal art. 36 da Lei nº 8.112, de 1990.