



REQUERIMENTO DE PERÍCIA MÉDICA – RPM

REQUERENTE			
Nome		Matrícula	
CPF		Vínculo	
Cargo	Órgão/Secretaria	Lotação	
Endereço Residencial		Telefone	
ÚLTIMO DIA DE TRABALHO:		/ /	

MOTIVO DO REQUERIMENTO			
☐ Licença maternidade			
☐ Licença para tratamento de Saúde			
☐ Prorrogação de Licença para tratamento de Saúde			
☐ 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	
☐ O requerente necessita de _____ (_____) dias de licença a partir de ___/___/202__.	
☐ O requerente necessita de Readaptação Profissional por _____ (_____) dias a partir de ___/___/202__.	
☐ 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