**PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO**

|  |
| --- |
| Tipo de perícia: |

**DADOS DO SERVIDOR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome civil ou social: | | | |
| Matrícula SIAPE: | Lotação: | | Cargo: |
| Telefones: | | Email: | |

|  |
| --- |
| Considerando o exame pericial realizado na Unidade SIASS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_em / / , referente ao Laudo Pericial n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_na condição de servidor(a) requerente acima identificado(a), solicito ***reconsideração de perícia***. |

Justificativa do pedido de reconsideração:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Base legal: artigo 106 da lei n° 8112, de 1990

Tenho ciência que, tratando-se de indeferimento deste pleito, os dias em que não comparecer ao trabalho serão considerados como faltas não justificadas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Assinatura do Servidor** |