|  |
| --- |
| **PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO** |

|  |
| --- |
| **DADOS DO SERVIDOR** |
| NOME:       | SIAPE:       |
| CARGO:       | LOTAÇÃO:       |
| RAMAL:      | CELULAR / FIXO:       |
| E-MAIL INSTITUCIONAL:       |

Considerando o exame pericial realizado na Unidade SIASS (UFABC-Sede), em (     ), referente ao Laudo Pericial nº     , na condição de servidor(a) requerente acima identificado(a), solicito reconsideração de perícia.

Justificativa do Pedido de Reconsideração:

Base Legal:

Artigo 106 e 108 da Lei nº 8112/90.

O prazo para interposição de pedido de reconsideração é de 30 dias, a contar da publicação ou da ciência da decisão pelo interessado (art. 108 da Lei nº 8.112, de 1990).

Tenho ciência das informações acima e que, tratando-se de indeferimento deste pleito, os dias em que não comparecer ao trabalho serão considerados como faltas justificadas, podendo ser compensadas de acordo com o previsto em lei (art. 44 da Lei nº 8.112/1990).

Santo André,   de      de

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do servidor requerente