

Anexo 5

Requerimento De Perícia Para Constatação de Deficiência e Invalidez de Dependente ou Pessoa Designada

Cód. CONARQ - 026.132	Cód.: 005	ANO: 17	Versão: 01	Data: 08/09/2017
-----------------------	-----------	---------	------------	------------------

À Direção Geral de Gestão de Pessoas:

Servidor(a): _____

SIAPE: _____ *Campus*/Função: _____

Telefone para contato: _____

Nome do familiar: _____

Grau de parentesco: _____ Data de Nascimento: _____

Justificativa:

Pede deferimento.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente