



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**  
**PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL**  
**COORDENAÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA**  
**GERÊNCIA DE SAÚDE DO TRABALHADOR**

## PERÍCIA MÉDICA

**REQUISIÇÃO DE LICENÇA SAÚDE**

**DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Nome:</b>		<b>CPF:</b>	
<b>Idade:</b>		<b>Sexo:</b>	
<b>Matrícula</b>	<b>Lotação:</b>	<b>Cargo/Função:</b>	
<b>Endereço:</b>			
<b>Bairro:</b>	<b>Cidade:</b>	<b>☎:</b>	<b>Email:</b>

**REQUER QUE LHE SEJA CONCEDIDO LICENÇA PARA:**

- ( ) Tratamento de Saúde
- ( ) Maternidade
- ( ) Acompanhar pessoa enferma da família (*identificar abaixo*)

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ ☎: \_\_\_\_\_

- ( ) Outros \_\_\_\_\_

Informar último dia de trabalho do servidor ( <i>preenchimento obrigatório por parte da Chefia</i> ): Dia: ____/____/____
--

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Chefia

## R E S U L T A D O

**DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- ( ) não constatada incapacidade. Apto.
- ( ) incapacidade por ..... dias de ...../...../..... a ...../...../.....
- ( ) incapacidade definitiva a partir de ...../...../..... (Laudo Pericial anexo)
- ( ) readaptação provisória por ..... dias de ...../...../..... a ...../...../.....
- ( ) readaptação definitiva a partir do dia ...../...../.....
- ( ) acompanhamento de familiar enfermo por ..... dias de ...../...../..... a ...../...../.....
- ( ) licença maternidade (120 dias) de ...../...../..... a ...../...../.....

FUNDAMENTO DO PARECER: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

GRUPO MÉDICO PERICIAL

**\*Vide observações no verso**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL  
COORDENAÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA  
GERÊNCIA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

---

---

### OBSERVAÇÕES

- ❖ Os atestados deverão ser apresentados juntos com laudos e exames laboratoriais comprobatórios da doença ou do impedimento correlato, **até 72 (setenta e duas) horas** após início do evento gerador da incapacidade, preferencialmente, pelo beneficiário ou familiar próximo ou por seu representante legal.
- ❖ Por ocasião do ato pericial, o examinado deverá apresentar **carteira de identidade profissional ou funcional**.
- ❖ Caso necessidade de “**prorrogação**” retornar para nova perícia **até 3 (três) dias** antes do término da licença anterior munido de comprovantes (laudos e exames) técnicos comprobatórios da intercorrência clínica.