

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA DOCUMENTAL

1. Estes serviços serão realizados mediante expressa e comprovada necessidade médica, que impossibilite o solicitante de comparecer à perícia médica;
2. Para início da tramitação da solicitação, esta necessidade deverá estar atestada em relatório pelo médico assistente e comprovada robustamente por documentos médicos.

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR:

Nome: _____

C P F: _____ RG: _____

Fone(fixo)/contato: _____ Fone/Recado: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____

INFORMAÇÕES FUNCIONAIS:

Órgão: _____ Ingresso em: _____

Cargo: _____ () Efetivo () Comissionado () Outros

Motivos determinantes desta solicitação:

- () Proibição médica de locomoção;
- () Internação hospitalar;
- () Incapacidade de locomoção por motivos: físicos, mentais, idade avançada;
- () Gravidez de alto risco;
- () Impossibilidade de se ausentar do município por medida judicial;
- () Outros/Descreva: _____

Documentos obrigatórios para início da apreciação da solicitação:

- () Relatório do médico assistente (Padrão GESPRE), especificando os motivos da impossibilidade de locomoção do interessado; e conforme Parecer P.A N° 001024/2012 da Procuradoria Geral do Estado, aprovado pelo Despacho "AG" n° 001658/2012, no tocante às perícias documentais, **o relatório médico assistente deverá conter firma reconhecida do médico.**
- () Declaração de internação hospitalar, caso tenha havido internação;
- () Exames realizados que comprovem os diagnósticos emitidos;
- () Outros.

Considerações: _____

Declaro que aceito apresentar os documentos necessários ao início da tramitação do processo, bem como os preceitos das legislações vigentes e as normas periciais adotadas pela GESPRE, assinando esta solicitação nesta data.

_____/_____/_____
Assinatura do requerente ou representante

- Observação: Caso seja representante, apresentar documento comprobatório.
- Caso necessário, autorizo a divulgação do CID/Patologia que me acomete