



## REQUERIMENTO DE SERVIÇOS DE PERÍCIA MÉDICO-PREVIDENCIÁRIA

<b>Pensionista – Nome</b>	
<b>Pensionista – Matrícula</b>	<b>Pensionista – CPF</b>
<b>E-mail</b>	<b>Telefone</b>
<b>Domicílio (Rua, nº, complemento, CEP, município, estado)</b>	
<b>Ex-segurado(a) – Nome</b>	
<b>Representante legal – Nome</b>	
<b>ASSINALE ABAIXO O(S) PEDIDO(S):</b>  <input type="checkbox"/> ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA RETIDO NA FONTE <input type="checkbox"/> REAVALIAÇÃO MÉDICO-PERICIAL – INVALIDEZ TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> REVISÃO DO PROCESSO Nº	
<b>Revisão de Processo – Motivo:</b>  _____	
<b><u>DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS</u></b>	
<b><u>Pensionista</u></b>  <input type="checkbox"/> Atestado Médico: Diagnóstico, CID e data – Emitido há, no máximo, 30 dias  <input type="checkbox"/> RG e CPF	<b><u>Representante Legal</u></b>  <input type="checkbox"/> Documento de Representação  <input type="checkbox"/> RG e CPF
<b>Localidade</b>	<b>Data</b>
<b>Assinatura - Requerente / Representante legal</b>	