



REQUERIMENTO DE SERVIÇOS DE PERÍCIA MÉDICO-PREVIDENCIÁRIA

Pensionista – Nome	
Pensionista – Matrícula	Pensionista – CPF
E-mail	Telefone
Domicílio (Rua, nº, complemento, CEP, município, estado)	
Ex-segurado(a) – Nome	
Representante legal – Nome	
ASSINALE ABAIXO O(S) PEDIDO(S): <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 _____ Revisão de Processo – Motivo: _____ _____ _____	
<u>DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS</u>	
<u>Pensionista</u> <input type="checkbox"/> Atestado Médico: Diagnóstico, CID e data – Emitido há, no máximo, 30 dias <input type="checkbox"/> RG e CPF	<u>Representante Legal</u> <input type="checkbox"/> Documento de Representação <input type="checkbox"/> RG e CPF
Localidade	Data
Assinatura - Requerente / Representante legal	Assinatura e carimbo - Atendente