



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO
SUPERINTENDÊNCIA CENTRAL DE PERÍCIA MÉDICA E
SAÚDE OCUPACIONAL**

**REQUERIMENTO DE PERÍCIA PARA
IMUNIDADE PREVIDENCIÁRIA**

NOME:		MASP:	
CARGO/ÓRGÃO:		CPF:	
SITUAÇÃO FUNCIONAL: <input type="checkbox"/> Aposentado por Tempo de Serviço <input type="checkbox"/> Aposentado por Invalidez <input type="checkbox"/> Pensionista			
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:		Nº:	COMPLEMENTO:
BAIRRO:	CIDADE:		UF:
CEP:	TELEFONE: () TELEFONE OPCIONAL: ()		
E-MAIL:			
CHECKLIST DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA: <input type="checkbox"/> Cópia de laudos, exames e relatórios médicos recentes que comprovem a patologia alegada <input type="checkbox"/> Cópia de laudos, exames e relatórios médicos que indiquem o início da patologia alegada. Em caso de exame comprobatório da patologia, exemplo: anátomo patológico, anexar o laudo original, datado, assinado e carimbado pelo médico responsável <input type="checkbox"/> Cópia recente do contracheque <input type="checkbox"/> Cópia de documento de identificação com foto <input type="checkbox"/> Cópia do Cadastro de Pessoa Física – CPF (caso não conste no documento de identificação) <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Obs.: O periciando deverá comparecer à unidade pericial no dia e horário informados por e-mail ou contato telefônico, com toda a documentação original, para a realização de perícia médica.			
LOCAL:	DATA:	ASSINATURA DO REQUERENTE:	