



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

FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE RECURSO CONTRA DECISÃO PERICIAL

Nome:	CPF:
-------	------

Cargo/Órgão:	MASP:
--------------	-------

Situação funcional:

Aposentado por Tempo de Serviço Aposentado por Invalidez Pensionista Efetivo

Contratado Convocado Nomeado Lei Compl. 138 (Ex Lei 100)

Endereço para correspondência (Rua/Av):	Nº:	Complemento:
-----------------------------------------	-----	--------------

Bairro:	Cidade:	UF:
---------	---------	-----

CEP:	Telefone: ()
	Telefone Opcional: ()

E-mail:

Marcar somente uma opção.

Recurso de:

Licença negada Licença reduzida Pré-Admissional CADE Isenção de Imposto de Renda

Outro recurso: _____

Checklist da documentação:

Cópia de laudos, exames e relatórios médicos

Cópia do Documento de Identidade

Cópia do Cadastro de Pessoa Física - CPF (caso não conste o número no documento de identidade)

Outros: _____

Local:	Data:	Assinatura do Requerente:
--------	-------	---------------------------

