**MODELO DE REQUERIMENTO PARA REAVALIAÇÃO DE READAPTADO**

**ILUSTRÍSSIMO SENHOR DIRETOR TÉCNICO DE SAÚDE III**

**DO DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS DO ESTADO**

Eu**,** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador (a) da cédula de identidade RG. Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_, data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_, residente e domiciliado ao endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Nº:\_\_\_\_\_\_\_\_ , complemento:\_\_\_\_\_, bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_, município:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cargo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Secretaria de Estado da Educação, venho por intermédio do presente solicitar agendamento de perícia médica para fins de :

 ( ) Estudo de readaptação funcional

( ) Estudo de Reavaliação de readaptação

Seguem anexos os documentos obrigatórios para a devida apreciação:

* Relatório médico completo e atualizado;

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Servidor