**ILUSTRÍSSIMO SENHOR DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS DO ESTADO DE SÃO PAULO**

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

( X ) Estudo de aposentadoria por invalidez

( ) Estudo de readaptação funcional

( ) Reavaliação de Readaptação

Seguem anexos os documentos obrigatórios para a devida apreciação:

Relatório médico original, atualizado e completo de acordo com a Resolução SPG nº 15/2017.

São José dos Campos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20 \_.

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

Assinatura do Servidor