

**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