

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

Eu, _____, portador(a) da cédula de identidade RG. N°: _____, CPF N° _____, data de nascimento: ____/____/____, residente e domiciliado ao endereço: _____, N° _____, complemento _____, bairro : _____, município: _____, CEP: _____, email: _____, Cargo _____, Secretaria da Educação, venho por intermédio do presente solicitar agendamento de perícia médica para fins de : _____

- 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