



Secretaria de Gestão de Pessoas

Encaminho o servidor: _____
matrícula: _____ à Perícia Médica do INSS para avaliação de incapacidade laboral.

Situação:

() 15 dias corridos pela PMJ

() 15 dias alternados de atestados em mesmo grupo de CID no período de 60 dias pela PMJ.

CID	Data Início:	Data Final:	Total:

Ao INSS a partir do dia ____/____/____

Atenciosamente,

Assinatura do Médico e carimbo

Data: ____/____/____.