

ANEXO
MEMORANDO CIRCULAR CONJUNTO Nº 4 /INSS/DIRSAT/DIRAT/DIRBEN/AUDGER

AUTORIZAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA EM TRÂNSITO

1. Nome do segurado: _____

2. Requerimento/NB: _____

3. Motivo da solicitação: Tratamento médico com duração estimada de _____ (dias) a partir de
/ /

Endereço do local de tratamento: _____

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Requerente

Assinatura do Gerente da APS

Assinatura do Perito Médico