



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO - RBPREV

**REQUISIÇÃO PENSIONISTA MENOR DE 18 ANOS
EXAME OCASIONAL DE SANIDADE E CAPACIDADE FÍSICA**

01 – Nome do Pensionista:	02 – CPF:
03 – Situação: <input type="checkbox"/> enteado <input type="checkbox"/> filho(a) <input type="checkbox"/> menor tutelado <input type="checkbox"/> irmão	04 – Matrícula nº
05 – Endereço: _____ Nº: _____ Bairro: _____ Município: _____	
06 – Órgão Requisitante: Instituto de Previdência do Município de Rio Branco - RBPREV	
07 – Informações Complementares: _____ _____ _____ _____ Assinatura do(a) servidor(a) responsável	
08 – Senhor(a): Presidente da Junta Médica, Solicito de Vossa Senhoria providência no sentido de emitir o necessário parecer sobre o estado de sanidade e capacidade física do pensionista acima mencionado para comprovação da incapacidade antes da maioridade na forma prevista no art. 15, I, da Lei nº 1.793, de 23 de Dezembro de 2009. Rio Branco, Acre, ____ de _____ de _____. _____ Assinatura do Chefe Imediato	



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO - RBPREV

09 – PARECER DA JUNTA MÉDICA

Senhor(a) **Diretor(a) do Instituto de Previdência do Município de Rio Branco,**

Comunicamos que, em função da análise da documentação do pensionista, esta Junta Médica se posiciona de acordo com o item abaixo marcado:

- a) A doença que o pensionista tem o incapacita para todo e qualquer trabalho?
☐ Sim ☐ Não
- b) Em caso de resposta positiva, o pensionista tem incapacidade permanente ou temporária?
☐ Permanente ☐ Temporária
- c) Caso seja a doença incapacitante temporariamente, o pensionista deverá ser submetido à nova perícia em quanto tempo?
☐ O(A) pensionista deve ser reavaliado(a) em ____/____/____.
- d) Sendo a doença incapacitante permanentemente, ela ostenta este caráter desde antes ou depois dos 21 (vinte e um) anos de idade?
☐ Antes dos 21 anos de idade
☐ Após os 21 anos de idade
- e) Observações Complementares:

Rio Branco, Acre, ____/____/____.

Assinatura dos membros da Junta Médica