

Eu, _____,
portadora do RG _____, representante do pensionista
_____, nº _____,
venho solicitar através desta, perícia médica para fins de:

conforme laudo médico anexado.

Declaro ainda, estar ciente de que deverei comparecer com o pensionista na data a ser agendada pelo DESS.

São Paulo ____/____/____

Assinatura: _____