

MARINHA DO BRASIL  
CENTRO DE PERÍCIAS MÉDICAS DA MARINHA

Orientação para solicitação de documentos médico-periciais

<b>Próprio (a) Inspeccionado (a)</b>	Documento de identificação com foto, legível e dentro do prazo de validade.
<b>Caso o (a) Requerente seja Procurador (a) do (a) Inspeccionado(a)</b>	Original e Cópia da Procuração, por instrumento público ou particular, expressamente outorgando ao Procurador (a) poderes específicos para solicitar e receber documentos e informações sigilosas relativas à saúde do Inspeccionado (a), pautadas no sigilo médico.
	Original e cópia do documento de identificação do Procurador (a) com foto, legível e dentro do prazo de validade.
	Cópia do documento de identificação do Inspeccionado (a) com foto, legível e dentro do prazo de validade.
<b>Caso o(a) Requerente seja Curador(a) do(a) Inspeccionado(a)</b>	Original e Cópia da Certidão do Ofício de Interdições e Tutelas ou do Registro Civil de Pessoas Naturais em que conste o registro da Curatela Provisória ou Definitiva.
	Original e cópia do documento de identificação do Curador (a) com foto, legível e dentro do prazo de validade.
	Original e cópia do documento de identificação do Inspeccionado (a) com foto, legível e dentro do prazo de validade.
<b>Observações</b>	1) Orienta-se preencher o campo de informações complementares (data provável de conclusão, local da realização e finalidade) relacionado ao procedimento médico pericial.
	2) No caso do requerente ser o próprio inspeccionado e tenha interesse que um terceiro venha retirar o documento solicitado, deverá neste exato momento, transcrever de próprio punho a referida autorização, informando o nome completo da pessoa autorizada. Por ocasião da entrega será solicitado a apresentação de documento de identificação do terceiro autorizado com foto, legível e dentro do prazo de validade.

Sr. Diretor do Centro de Perícias Médicas da Marinha

<input type="checkbox"/> DEFERIDO, de acordo com contido no inciso 14.6 da DGPM-406 ( 8ª Revisão).
<input type="checkbox"/> INDEFERIDO, de acordo com o contido no inciso 14.6 da DGPM-406 (8ª Revisão )
Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____
Por ordem:

DO (A) REQUERENTE (PREENCHER EM LETRA DE FORMA)			
NOME COMPLETO:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	ESTADO:	CEP:
EMAIL:			
TELEFONES:			
Nº IDENTIDADE:	ORGÃO EXPEDIDOR:	DATA DE EXPEDIÇÃO:	
POSTO/GRADUAÇÃO/CATEGORIA FUNCIONAL E NIP:			

**Em caso de não ser o(a) autor(a) desta requisição o próprio inspecionado(a), o(a) requerente:**

POSSUI CURATELA SOBRE O INSPECIONADO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
POSSUI PROCURAÇÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

ATENÇÃO: **Anexar os documentos obrigatórios indicados nas Orientações (Anexo B).**

DO(A) INSPECIONADO(A) (PREENCHER EM LETRA DE FORMA)			
NOME:		NIP:	TEL.:
<input type="checkbox"/> MILITAR	<input type="checkbox"/> PENSIONISTA	<input type="checkbox"/> DEPENDENTE	<input type="checkbox"/> SERVIDOR(A) CIVIL

Venho, respeitosamente, requerer :

<input type="checkbox"/> cópia do TIS nº:	Data da Inspeção de Saúde (IS):	/ /	Local da IS:
<input type="checkbox"/> cópia de Atestado de Origem	<input type="checkbox"/> cópia de ISO	<input type="checkbox"/> Outros (especificar):	

Informações Complementares (vide orientação para solicitação de documentos médicos-periciais).

Assim, ciente das Orientações contidas no Anexo B, autorizo a divulgação de informações relativas à saúde, tais como, diagnóstico (Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde - CID-OMS) que constam em documentos de informação pessoal pautados no sigilo médico.

Nestes termos pede deferimento.

Rio de Janeiro, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Requerente

CARIMBO DA OM	Rio de Janeiro, _____ / _____ / _____. Previsão de entrega até 30 dias. Av. Amphilóquio Reis, s/nº, Ilha das Cobras Centro, Rio de Janeiro, RJ – CEP: 20.091-000 Tel: (21) 2126-5398 cpmm.secom@marinha.mil.br
---------------	---