

REQUERIMENTO DE INSPEÇÃO DE SAÚDE PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIO AOS MILITARES VETERANOS

1) DADOS DO REQUERENTE A SER INSPECIONADO

NOME COMPLETO: _____ COR OU RAÇA: _____

NIP: _____ POSTO/GRADUAÇÃO: _____ QUADRO/ESPECIALIDADE: _____

SITUAÇÃO MILITAR ATUAL:

<input type="checkbox"/>	RESERVA REMUNERADA	<input type="checkbox"/>	REFORMADO	<input type="checkbox"/>	FALECIDO
--------------------------	--------------------	--------------------------	-----------	--------------------------	----------

MILITAR TTC? SIM NÃO QUAL OM? _____

Nº IDENTIDADE: _____ ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

ENDEREÇO: _____ Nº _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____ CEP: _____ - _____

TELEFONE: () _____ CELULAR: () _____

E-MAIL: _____

<input type="checkbox"/>	INSPEÇÃO NA JUNTA DE SAÚDE	<input type="checkbox"/>	INSPEÇÃO DOMICILIAR	<input type="checkbox"/>	INSPEÇÃO EM UNIDADE HOSPITALAR
--------------------------	----------------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	--------------------------------

1) Caso o inspecionado esteja internado, informar o local de internação: _____

2) A **INSPEÇÃO DOMICILIAR** poderá ser solicitada quando houver **TOTAL E PERMANENTE** impossibilidade de locomoção do inspecionado até à Junta de Saúde. Para isto, se faz necessário anexar ao requerimento **CÓPIA DE DOCUMENTO MÉDICO/HOSPITALAR ATESTANDO A IMPOSSIBILIDADE DE LOCOMOÇÃO E OS MOTIVOS GERADORES.**

2) DADOS DO REPRESENTANTE (NÃO PREENCHER SE O PRÓPRIO INSPECIONADO ASSINAR O REQUERIMENTO)

NOME COMPLETO: _____

Nº DA IDENTIDADE: _____ ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____ GRAU DE PARENTESCO _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

MUNICÍPIO _____ ESTADO: _____ CEP: _____ - _____

TELEFONE: () _____ CELULAR: () _____

E-MAIL: _____

3) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

1) Os documentos médicos e/ou hospitalares **deverão ser apresentados** à instrução da perícia médica no primeiro comparecimento à junta de saúde, **não havendo necessidade de serem anexados a este requerimento**, com **exceção do atestado de impossibilidade de locomoção do militar para fim de Inspeção de Saúde Domiciliar.**

2) Caso a Junta de Saúde solicite Parecer Médico Especializado, **cabará ao requerente providenciar** a sua elaboração, mantendo a Junta informada do andamento do mesmo. A falta de comunicação do requerente com a Junta de Saúde a respeito do Parecer por mais de trinta (30) dias, a partir da data de solicitação do mesmo, enseja o arquivamento da inspeção de saúde.

3) O requerente **deverá** anexar ao requerimento a cópia dos seguintes documentos:

- identidade militar do inspecionado;
- identidade do representante (se houver);
- bilhete de pagamento atual; e
- comprovante de residência (o mesmo declarado no SVPEM).

4) Competência para determinar inspeção de saúde:

- DPMM:** militares da RM1, reformados e falecidos.
- CPesFN:** militares Fuzileiros Navais da RM1, reformados e falecidos.
- SVPM:** pensionistas, ex-combatentes, dependentes e beneficiários de militares veteranos.

5) Procedimentos para recurso de inspeção de saúde:

- Recursos de 1ª instância** serão endereçados aos DN/SVPM.
- Recursos de Última Instância** serão endereçados ao **DGPM**. Nestes casos o Requerimento deverá ter a finalidade enunciada de modo claro, circunstanciado e instruída por documentos médico-periciais que demonstrem existir fatos novos, a fim de que possam dar apoio às pretensões do Requerente.

4) BENEFÍCIOS PRETENDIDOS

QUEM PODE PEDIR		DESCRIÇÃO
<input type="checkbox"/>	Militar RRm/Refº	ISENÇÃO DO PAGAMENTO DE IMPOSTO DE RENDA NA FONTE – faz jus o militar reformado por acidente em serviço ou doença profissional/ocupacional, ou, ainda, por ser portador de tuberculose ativa; alienação mental; esclerose múltipla; neoplasia maligna; cegueira; hanseníase; paralisia irreversível e incapacitante; cardiopatia grave; doença de parkinson; espondiloartrose anquilosante; hepatopatia grave; nefropatia grave; estado avançado de doença de paget (osteíte deformante); contaminação por radiação ionizante; síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS) e mucoviscidose, de acordo com o art. 6º, inciso XIV, da Lei nº 7.713/1988.
<input type="checkbox"/>	Familiar de Militar Falecido	VERIFICAÇÃO DE PREEEXISTÊNCIA DE INCAPACIDADE DEFINITIVA PARA O SAM – é a inspeção de saúde documental que visa constatar se o militar era portador, anteriormente à data do falecimento, de uma das condições psicofísicas especificadas no inciso V do art. 108 da Lei nº 6.880/1980, fazendo jus à melhoria de proventos.
<input type="checkbox"/>	Militar RRm	REFORMA DE MILITAR DA RMI – somente faz jus o militar <u>que se encontra na reserva remunerada</u> , com o estado de saúde debilitado, de modo a ser reformado por incapacidade para o serviço ativo em caráter definitivo.
<input type="checkbox"/>	Militar Refº por idade-limite	REVISÃO DE REFORMA POR IDADE-LIMITE – é a inspeção de saúde que visa verificar se o militar reformado por idade-limite é inválido por sofrer de doença prevista no inciso V do art. 108 do EM, para fim de melhoria de posto ou graduação acima.
	Militar Refº por acidente/doença relacionada ao serviço	REVISÃO DE REFORMA RELACIONADA AO SERVIÇO – faz jus o militar reformado <u>por motivo de acidente, ferimento ou moléstia decorrente de atividade militar</u> , que tenha sua condição de saúde agravada com relação de causalidade com aquele ferimento ou moléstia, de forma a ser considerado inválido.
	Militar Refº por SIDA/AIDS	REVISÃO DE REFORMA AOS PORTADORES DE SIDA/AIDS – é a inspeção de saúde que visa verificar se o militar reformado por incapacidade, em virtude da infecção pelo HIV ou SIDA/AIDS, teve suas condições de saúde agravadas, gerando invalidez.
<input type="checkbox"/>	Militar RRm/Refº	AUXÍLIO-INVALIDEZ – faz jus o militar considerado inválido, <u>necessitando de internação permanente em instituição apropriada e/ou cuidados permanentes de enfermagem.</u>

SR. COMANDANTE DO PESSOAL DE FUZILEIROS NAVAIS

_____ (Nome do Requerente)

requer a V. Sa. mandar submetê-lo à Junta de Saúde Militar competente para verificação de estado de saúde física e mental a fim de concessão do(s) benefício(s) assinalado(s).

Declaro que li e estou ciente de todas as orientações constantes deste formulário.

Autorizo o envio de comunicações por e-mail.

Nestes Termos,
Pede deferimento.

_____, em _____ de _____ de _____.

Assinatura _____
(o próprio requerente ou seu representante, qualificado no anverso)