

	Formulário de Solicitação de Cópia de Laudo Médico	Revisão 04
		Página 01/01

Dados do Requerente:

Nome:		
RG:	CPF:	
Telefone: ()	Celular: ()	WhatsApp: ()
E-mail (OBRIGATÓRIO):		
Requerente na condição de: ☐ Periciado: ☐ Aposentado; ☐ Pensionista; ☐ Servidor/ Militar da ativa ☐ Representante com procuração específica;		

Documentação obrigatória:

☐ Carteira de Identidade (RG) e CPF; ☐ Procuração
--

Requerimento:

À PARANAPREVIDÊNCIA, venho requer cópia do Laudo Médico Pericial sob nº _____, referente ao periciado Sr.(a) _____, RG: _____ , CPF: _____ , para fins de: _____ _____ _____ _____ _____ <u>DECLARO ESTAR CIENTE QUE A CÓPIA EM PDF, BEM COMO INFORMAÇÕES E SOLICITAÇÕES SOBRE ESTE PROCESSO SERÃO ENCAMINHADAS PARA O E-MAIL ACIMA INFORMADO.</u> Estou ciente de que a PARANAPREVIDÊNCIA irá efetuar o tratamento e compartilhamento dos meus dados pessoais para fins de atendimento ao disposto na legislação previdenciária vigente, LEI 13.709/18 – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS e de acordo com o previsto na política de privacidade de dados pessoais, publicada no portal da instituição. _____ , _____ de _____ de _____ . _____ Assinatura do Requerente (igual ao documento de identidade ou na presença de funcionário/representante da PARANAPREVIDÊNCIA)
