



AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO DE
PERÍCIA MÉDICA
(Revisão Dezembro/2024)

1 – Identificação do periciando(a):

Nome: _____

CPF: _____

2 – Dados Advogado(a)

Nome: _____

OAB nº: _____

3 – Solicitação:

Via do presente, nos termos da legislação atual e apresentando todos os documentos necessários, venho à Diretoria-Executiva de Saúde e Segurança do servidor autorizar o o(a) advogado(a) acima discriminado a acompanhar a perícia médica agendada para a data de [], referente ao processo de número [].

Tal autorização está em conformidade com o disposto no **Estatuto da Advocacia (Lei 8.906/94)**, que assegura ao advogado o direito de assistir seu cliente em qualquer ato processual ou administrativo, garantindo a ampla defesa e a proteção dos interesses do periciando.

Declaro que estou ciente e de acordo com a presença do(a) referido(a) advogado(a) durante o ato pericial, estando o mesmo apto a me acompanhar e a zelar pelos meus interesses legais, conforme as normas pertinentes.

Cidade: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Periciando