

DECLARAÇÃO REAVALIAÇÃO BIENAL

Eu _____,
CPF: _____ e RG: _____, declaro que

tenho ciência do disposto no artigo 18 da Lei Complementar 160/2025, que determina aos (as) servidores (as) Aposentados (as) por Incapacidade Permanente a submeterem-se, obrigatoriamente, a cada dois anos à reavaliação de sua aposentadoria, sob pena de suspensão do pagamento de benefício.

Art. 18. Serão realizadas, pela Junta Médica do [PC, revisões das condições de saúde que geraram incapacidade Permanente do servidor a cada dois anos, ficando o aposentado obrigado a se submeter às reavaliações por junta medica oficial/, sob pena de suspensão do pagamento de benefício e reversão de ofício.

Obs.: Os (as) servidores (as) Aposentados (as) por Incapacidade Permanente deverão ser submetidos à reavaliação bienal, devendo por tanto agendar junto ao Setor de Perícia Médica atendimento para este fim.

No ato de apresentação ao Setor de Perícia Médica deverá o (a) servidor (a) apresentar Laudo e/ou Atestado Médico e exames (se houver) atualizados, conforme a legislação vigente, documento de Identificação com foto e qualquer documentação indicada para informar a condição das razões que ensejaram a Aposentadoria por Incapacidade Permanente.

Cariacica/ES, _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO SERVIDOR (A)