

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 IPC, 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)