**<<TIMBRE DA UNIDADE DE ENSINO>>**

**COMUNICADO DE RESPONSABILIDADE DE AGENDAMENTO DE PERÍCIA/INSS**

Prezado(a) Senhor(a),

<nome do(a) docente>

Considerando o(s) atestado(s) médico(s) datado(s) de <data dos atestados médicos>, vimos COMUNICAR que Vossa Senhoria deverá providenciar o agendamento da perícia médica junto ao INSS – Instituto Nacional do Seguro Social, através das Agências da Previdência Social, portal “Meu INSS” ou pelo telefone 135, em conformidade aos artigos 59 e 60 da Lei nº 8213/1991 e o artigo 71 do Decreto Federal nº 3048/1999.

Alertamos que conforme §1º do supracitado artigo 60 da Lei nº 8.213/1991, caso V.S.ª requeira o benefício após 30 (trinta) dias do início de seu afastamento, o pagamento do Auxílio-Doença poderá ocorrer a partir da data do requerimento.

Solicitamos a apresentação do Comprovante do Protocolo de Requerimento da Perícia em até 02 (dois) dias úteis a contar de sua emissão.

Após realização das perícias médicas (referente pedido inicial ou prorrogações, se houver), V.S.ª deverá posicionar obrigatoriamente à essa Diretoria de Serviço Administrativa, fornecendo cópia dos Comunicados de Decisão disponibilizados pelo INSS ou imagens que comprovem o estado de seu benefício.

Caso permaneça afastado(a) por período igual ou superior a 30 (trinta) dias consecutivos, para reassumir as atividades deverá obrigatoriamente realizar exame de retorno junto à empresa de medicina ocupacional. Para tanto, solicitamos relatório do médico assistente que lhe acompanha informando quanto sua situação de saúde, para que possa ser apresentado em exame.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Diretor de Serviço – Área Administrativa

Ciente em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (assinatura do empregado)