AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA

Nome completo do Periciando: _____

Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

CPF: _____ Data de Nascimento: _____/_____/_____

Endereço:

na qualidade de periciando no processo judicial nº _____, por meio do presente instrumento **AUTORIZO** o/a advogado/a _____, inscrito na OAB/RS sob o nº _____, a acompanhar a perícia médica designada, podendo presenciar os atos periciais e fazer as anotações que entender necessárias, conforme assegurado pelo artigo 7º, inciso III, da Lei nº 8.906/94 (Estatuto da OAB), em consonância com Resolução nº 2.217/2018, Nota Técnica nº 44/20212 e despachos 177/2020 e 539/2020 do Conselho Federal de Medicina, e enunciado 172 do Fórum Interinstitucional Previdenciário da 4ª Região.

Declaro expressamente a presença do advogado não constitui violação ao sigilo médico, e que toda informação médica do exame pericial pode ser debatida e avaliada na presença de meu advogado, nos ditames da Portaria 1408/2025 da Central de Perícias da Subseção Judiciária de Gravataí, bem como de suas eventuais modificações.

Por ser verdade, firmo a presente autorização.

Gravataí, _____ de _____ de 202__

_____

Assinatura do Periciando

OAB RIO GRANDE DO SUL | Subseção Gravataí | Comissão da Seguridade Social