

DADOS DO MILITAR RESPONSÁVEL:	
Nome:	Nº:
P/G	Unidade:
DADOS DO DEPENDENTE (em caso de menor de idade utilizar apenas as iniciais)	
Nome:	Data Nasc.
RELATÓRIO MÉDICO (OBSERVAÇÕES ESPECÍFICAS):	
A DEFICIÊNCIA É () Irreversível; () Reversível, prazo para reavaliação:	
CID:	Parecer:
() Declaro que, após minuciosa avaliação médica do dependente supracitado apresenta deficiência nos termos do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015), necessitando de atenção integral, sendo assim de parecer favorável à redução da jornada de trabalho do militar responsável.	
() Declaro que, após minuciosa avaliação médica do dependente supracitado não foi caracterizada deficiência, nos termos do Estatuto da Pessoa com deficiência (Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015), sendo assim de parecer contra a redução da jornada de trabalho do militar responsável.	
() Declaro que, após minuciosa avaliação médica do dependente supracitado, observou-se que suas limitações não obstruem a plena e efetiva participação na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas, sendo assim de parecer contra a redução da jornada de trabalho do militar responsável.	
Assinatura / Carimbo/CRM/ Identificação com letra legível	