

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA – MEDICINA LEGAL

[Réu Preso]
[Tramitação prioritária]
[Prioridade Idoso]

REGIÃO ADM (Nº e Município Sede da RAJ da Vara Requisitante):
COMARCA REQUISITANTE:
FORO:
VARA:
[TIPO DE PROCESSO]:
CLASSE:
ASSUNTO:
REQUERENTE:
REQUERIDO:
NÚMERO DE PRONTUÁRIO PERICIAL IMESC:
DATA:
SOLICITAÇÃO (assinalar apenas UMA opção) <input type="checkbox"/> Data (quando for primeira solicitação de agendamento de perícia) <input type="checkbox"/> Nova data (quando o(a) periciando(a) não compareceu) <input type="checkbox"/> Reiteração de data (quando solicitação de DATA, NOVA DATA ou REITERAÇÃO não foi atendida) <input type="checkbox"/> Cancelamento de perícia <input type="checkbox"/> Envio de documento(s) / prontuário(s) / exame(s) - Fls.: <input type="checkbox"/> Envio de comprovante de pagamento para fins de agendamento - Fls.: <input type="checkbox"/> Envio de solicitação de reembolso <input type="checkbox"/> Envio de quesito(s) / esclarecimento(s) após entrega do laudo pericial - Fls.: <input type="checkbox"/> Cobrança de laudo - Fls.: <input type="checkbox"/> Cobrança de quesito(s) / esclarecimento(s) - Fls.:
QUEM DEVE COMPARECER À PERÍCIA <u>PERICIANDO(A) 01</u> Nome social: Nome: RG: CPF: RNE: Situação do(a) periciando(a) (assinalar apenas UMA opção) <input type="checkbox"/> Réu/Ré Solto(a) <input type="checkbox"/> Réu/Ré Preso(a) <input type="checkbox"/> Não se aplica INFORMAÇÕES SOBRE LOCAL DA PRISÃO Nome do local: Endereço: TIPO DE PERÍCIA (assinalar apenas UMA opção) <input type="checkbox"/> Direta <input type="checkbox"/> Indireta SEM comparecimento do(s) REQUERENTE(S) <input type="checkbox"/> Indireta COM comparecimento do(s) REQUERENTE(S)
<u>PERICIANDO(A) 02</u> Nome social: Nome: RG: CPF: RNE: Situação do(a) periciando(a) (assinalar apenas UMA opção) <input type="checkbox"/> Réu/Ré Solto(a) <input type="checkbox"/> Réu/Ré Preso(a) <input type="checkbox"/> Não se aplica INFORMAÇÕES SOBRE LOCAL DA PRISÃO Nome do local: Endereço:

TIPO DE PERÍCIA (assinalar apenas UMA opção)

- Direta
 Indireta SEM comparecimento do(s) REQUERENTE(S)
 Indireta COM comparecimento do(s) REQUERENTE(S)

PERICIANDO(A) 03

Nome social:

Nome:

RG:

CPF:

RNE:

Situação do(a) periciando(a) (assinalar apenas UMA opção)

- Réu/Ré Solto(a)
 Réu/Ré Preso(a)
 Não se aplica

INFORMAÇÕES SOBRE LOCAL DA PRISÃO

Nome do local:

Endereço:

TIPO DE PERÍCIA (assinalar apenas UMA opção)

- Direta
 Indireta SEM comparecimento do(s) REQUERENTE(S)
 Indireta COM comparecimento do(s) REQUERENTE(S)

TIPO DE AÇÃO (assinalar apenas UMA opção)

- Acolhimento Institucional (Infância e Juventude - medida protetiva para fins de guarda ou adoção)
 Anulação de Ato Jurídico (Capacidade Civil)
 Apuração de Capacidade Laborativa (Exceto Readaptação e Execução/Revisão/Exoneração de Alimentos)
 Curatela/Interdição/Tomada de Decisão Apoiada (Capacidade Civil)
 Discussão de Cuidados Prestados à Saúde
 Disforia de Gênero (Transexualidade)
 Divórcio Litigioso/Guarda/Visita Regulamentada
 DPVAT
 Indenização Geral (Exceto Discussão de Cuidados Prestados à Saúde)
 Indenização Securitária
 Internação Compulsória (Lei nº 10.216, de 06/04/2001)
 Obrigação de Fazer (Fornecimento de medicamentos/tratamentos médicos/internação)
 Execução/Revisão/Exoneração de Alimentos
 Previdência Acidentária (Quando o requerido é o INSS)
 Processo Administrativo/Disciplinar
 Readaptação (Avaliação de Capacidade Laborativa)
 Reconhecimento de Doença Profissional (Quando o requerido não é o INSS)
 Regularização de Período de Licença Médica Negada
 Reprovação em Exame Admissional
 Transformação de Incapacidade Laboral Temporária em Definitiva
 Verificação de Idade

PERÍCIA DOMICILIAR (assinalar apenas UMA opção)

- SIM
 NÃO

EM CASO AFIRMATIVO, INFORMAR

- Endereço do local em que se encontra(m) o(a)(s) periciando(a)(s):
- Nome do(a) curador(a):
- Telefone(s) para contato:
- Limitação apresentada pelo(a) periciando(a) (assinalar apenas UMA opção)
 Severo prejuízo da mobilidade (não possibilita transferência em cadeira de rodas)
 Acamado(a)
 Necessidade de transporte por ambulância
 Hospitalizado(a) (não em casa de repouso)

TIPO DE BENEFICIÁRIO E REQUISITANTE DA PERÍCIA (assinalar apenas UMA opção)**BENEFICIÁRIO JUSTIÇA GRATUITA**

- AUTOR(ES)
 RÉU(S)
 AMBOS

REQUISITANTE DA PERÍCIA (art. 95 do CPC)

- AUTOR(ES)
 RÉU(S)
 AMBOS

NENHUM

DETERMINAÇÃO JUDICIAL
 MINISTÉRIO PÚBLICO

OBS: Para **processos digitais**, este ofício deve ser enviado exclusivamente pelo portal eletrônico. No caso de **processos físicos**, este ofício, juntamente com as principais peças processuais e o comprovante de pagamento de honorários periciais, devem ser encaminhados em arquivo **pdf**, para o e-mail **protocolo@imesc.sp.gov.br**.

Eu, [Nome do Escrivão], [Cargo do Escrivão do Cartório], subscrevo por ordem do(a) Juiz(a) de Direito: **Dr(a). [Nome do Juiz do Processo no 1º Grau]**, nos termos do artigo 85, *caput*, das NSCGJ.

**DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE NOS TERMOS DA LEI 11.419/06, CONFORME
IMPRESSÃO À MARGEM DIREITA**

Ao

IMESC – INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL E DE CRIMINOLOGIA DE SÃO PAULO