



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Encaminho o(a) Sr(a) _____, que procurou a
Unidade de Saúde: _____ referindo necessidade
de: _____

(relatório médico recente, encaminhamento para especialidade e/ou exame) para
perícia médica do INSS, sem solicitação oficial através de SIMA (Solicitação de
Informação do Médico Assistente).

Atendimento do Serviço Social do INSS:

**Às 3ª e 5ª feiras das 8:00 às 14:00 horas no 1º andar - sala do Serviço Social.
Procurar diretamente guichê 2 no térreo para retirar a senha.**

Atenciosamente,

Nome e carimbo do profissional da Unidade de Saúde

Data: ___/___/___



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

Encaminho o(a) Sr(a) _____, que procurou a
Unidade de Saúde: _____ referindo necessidade
de: _____

(relatório médico recente, encaminhamento para especialidade e/ou exame) para
perícia médica do INSS, sem solicitação oficial através de SIMA (Solicitação de
Informação do Médico Assistente).

Atendimento do Serviço Social do INSS:

**Às 3ª e 5ª feiras das 8:00 às 14:00 horas no 1º andar - sala do Serviço Social.
Procurar diretamente guichê 2 no térreo para retirar a senha.**

Atenciosamente,

Nome e carimbo do profissional da Unidade de Saúde

Data: ___/___/___