

## CERTIFICADO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

**GERÊNCIA EXECUTIVA** \_\_\_\_\_ **APS** \_\_\_\_\_

Certifico, para os fins de direito, e em cumprimento ao art. 92, da Lei nº 8.213, de 24/07/91 e ao art. 140, do Decreto nº 3.048, de 06/05/99, que o(a) segurado(a) \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, CTPS: \_\_\_\_\_, Série: \_\_\_\_\_, cumpriu o Programa de Reabilitação Profissional do INSS, no período de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ com curso/treinamento na Empresa: \_\_\_\_\_ no período de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ estando apto(a) para o exercício da função: \_\_\_\_\_.

Em conformidade ainda com os dispositivos legais supracitados, o(a) segurado(a) não estará impedido(a) de exercer outra atividade para a qual se julgue capacitado(a).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Responsável pela Orientação Profissional

\_\_\_\_\_  
Perito Médico

\_\_\_\_\_  
Segurado(a)

