



Prefeitura de
Anápolis

PREFEITURA MUNICIPAL DE ANÁPOLIS
Secretaria de Governo e Recursos Humanos
Diretoria de Operações e Recursos Humanos – Perícia Médica

FORMULÁRIO – RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO

**DADOS PESSOAIS/
FUNCIONAIS**

NOME: _____	DATA DE NASCIMENTO: _____
CARGO/FUNÇÃO: _____	MATRÍCULA: _____
C.P.F.: _____	TELEFONES PARA CONTATO: _____
LOTAÇÃO DE EXERCÍCIO: _____	

Solicitação de Readaptação de Função:

- () 1ª Solicitação
() Prorrogação de Readaptação de Função
() Nova solicitação (sem ser prorrogação)

Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM nº. 1658/2002.

Data: ___ / ___ / _____. Assinatura: _____

RELATÓRIO MÉDICO

Os campos abaixo devem ser preenchidos pelo Médico Assistente do servidor.
(Doutor(a), solicitamos a gentileza do preenchimento de todos os campos).

História da moléstia atual:

Diagnóstico(s) e CID(s):

Tratamento medicamentoso e/ou conservador:

Testes complementares:

Início da doença: ___ / ___ / _____. Início do tratamento: ___ / ___ / _____. Seu paciente desde: ___ / ___ / _____.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANÁPOLIS
Secretaria de Governo e Recursos Humanos
Diretoria de Operações e Recursos Humanos – Perícia Médica

Existe relação de causa e efeito entre a patologia e a atividade funcional do(a) paciente? () SIM () NÃO
Caso seja “SIM”, quais as evidências que o levaram a esta conclusão?

A patologia reduzirá permanentemente a capacidade laboral do(a) servidor(a)? () SIM () NÃO
O (a) servidor(a) tem feito alguma resistência ao tratamento proposto? () SIM () NÃO
A patologia diagnosticada implica na necessidade de readaptação ou restrição de função? () SIM () NÃO

Exames realizados que comprovam diagnósticos emitidos:

Após o tratamento proposto, o(a) servidor(a) readquirirá toda a sua capacidade laboral? Poderá ter exercício pleno de suas atividades?

Tempo necessário ao reestabelecimento, da capacidade laboral, pleno do servidor:

Declaro sob pena de responsabilidade que as informações acima são verdadeiras e tenho ciência que este formulário em análise deverá ser utilizado pela Diretoria de Operações e Recursos Humanos – Perícia Médica, delegada as devidas atribuições à equipe multiprofissional da Perícia Médica do Município de Anápolis.

ANÁPOLIS, ____ DE _____ 20____.

ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE
(C.R.M., assinatura e carimbo)