



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANAPOLIS

**AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE LABORATIVA**

**DADOS FUNCIONAIS:**

NOME:	CPF:	
E-MAIL:	TELEFONE/CELULAR:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL:		
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:
CARGO/FUNÇÃO:		MATRÍCULA:
SECRETARIA:		
UNIDADE DE LOTAÇÃO:		
DESTINATÁRIO:		

**É IMPRESCINDÍVEL A APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS ABAIXO E ANEXÁ-LOS AO PROCESSO**

- Documentos pessoais: Identidade, CPF, Comprovante de Endereço;
- Questionário de Avaliação respondido pelo médico assistente (Relatório Médico);
- Exames que comprovem o início da Doença;
- No caso de CA (*câncer ou carcinoma*), apresentar exame Histopatológico;
- Biopsia.

**OBSERVAÇÃO:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

ANÁPOLIS, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

ASSINATURA DO REQUERENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANAPOLIS

**RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE LABORATIVA**

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)

**IMPORTANTE: AS INFORMAÇÕES ABAIXO FORNECIDAS ESTARÃO PROTEGIDAS PELO SIGILO MÉDICO**

1. O (a) paciente é ou foi portador (a) de doença? Qual?

( ) SIM      ( ) NÃO      ( ) NÃO DETERMINADO

**Nome da (s) doença (s):**

**CID 10 (Respectivamente):**

2. O (a) paciente (a) está realizando tratamento? Qual a previsão da duração de tratamento?

( ) SIM      ( ) NÃO      ( ) NÃO DETERMINADO

**Justificativa:**

3. A doença de que o(a) paciente(a) é portador(a) o(a) torna incapaz para o trabalho habitual?

( ) SIM      ( ) NÃO      ( ) NÃO DETERMINADO

**Justificativa:**

4. Com base nos exames e tratamento, qual a data estimada do início da doença ou incapacidade, bem como da cessação?

INÍCIO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

( ) NÃO DETERMINADO

TÉRMINO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

( ) NÃO DETERMINADO

5. Caso o (a) paciente (a) esteja incapacitado (a), a incapacidade é:

Em relação ao **GRAU**:      ( ) PARCIAL      ( ) TOTAL      ( ) NÃO DETERMINADO

Em relação à **DURAÇÃO**:      ( ) TEMPORÁRIA      ( ) PERMANENTE      ( ) NÃO DETERMINADO

6. Considerando as peculiaridades biopsicossociais (sexo, idade, grau de instrução, natureza da doença, tipo de atividade laboral, etc.)? Há possibilidade de readaptação de função (realizar outra atividade mantendo restrição)?

( ) SIM      ( ) NÃO      ( ) NÃO DETERMINADO

**Quais restrições:**

7. Em caso de cardiopatia o (a) paciente se enquadra em qual classe pela Classificação das Cardiopatias de



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ANAPOLIS**

acordo com a capacidade funcional do coração – NYHA?

( ) Classe I    ( ) Classe II    ( ) Classe III    ( ) Classe IV

**Justificativa:**

---

8. Em caso de hepatopatia o (a) paciente se enquadra em qual classe pela Classificação de Child-Turcotte-Pugh?

( ) Classe A    ( ) Classe B    ( ) Classe C

**Justificativa:**

---

9. Em caso de nefropatia o (a) paciente se encontra em qual Estágio?

( ) Estágio 0 ( ) Estágio 1 ( ) Estágio 2 ( ) Estágio 3 ( ) Estágio 4 ( ) Estágio 5

**Justificativa:**

---

10. Nos casos de incapacidade temporária, qual a data provável da cessação da incapacidade?

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ( ) NÃO DETERMINADO

**Justificativa:**

---

11. Houve progressão, agravamento ou desdobramento da doença?

( ) SIM    ( ) NÃO    ( ) NÃO DETERMINADO

**Justificativa:**

---

12. Em razão de sua incapacidade o (a) paciente necessita de cuidados permanentes de médicos, de enfermeiros ou de terceiros?

( ) SIM    ( ) NÃO    ( ) NÃO DETERMINADO

**Justificativa:**

---

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Carimbo(s) e assinatura(s):

---

**Médico Assistente**