REVERSÃO DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

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

- Preenchimento dos dados acima;
- Documentos pessoais: Identidade, CPF, Comprovante de Endereço;
- **Anexo - Relatório Médico para fins de Reversão de Aposentadoria por Invalidez**;
- Relatório Médico complementar, Exames e outros Documentos Comprobatórios.

OBSERVAÇÃO:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ANÁPOLIS, _____ DE _____ 20_____

_____
ASSINATURA DO REQUERENTE

ANEXO - RELATÓRIO MÉDICO PARA FINS DE REVERSÃO DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

DADOS DO SERVIDOR:

NOME:	
CARGO/FUNÇÃO:	**MATRÍCULA:**
SECRETARIA DE ORIGEM:	**DATA DA APOSENTADORIA:**

AUTORIZAÇÃO:

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

Data: _____ / _____ / _____ Assinatura do Servidor: _____

PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS PELO MÉDICO:

1. DADOS CLÍNICOS

Diagnóstico(s) atual(is) e respectivo(s) CID(s):

Histórico e evolução da condição de saúde que motivou a aposentadoria por Invalidez:

Tratamento realizado e/ou atualmente realizado:

2. SITUAÇÃO CLÍNICA ATUAL

Houve melhora clínica significativa após o tratamento?
( ) SIM ( ) NÃO ( ) PARCIALMENTE

A condição de saúde que motivou a aposentadoria permanece atualmente limitando a capacidade laboral do(a) servidor(a)?
( ) SIM ( ) NÃO ( ) PARCIALMENTE

Existem atualmente limitações funcionais relacionadas à condição de saúde?
( ) SIM ( ) NÃO

Caso SIM, descreva-as:

´

3. EXAMES E AVALIAÇÕES

Exames complementares e/ou avaliações médicas recentes que fundamentam a conclusão deste relatório:

Datas dos exames/avaliações: _____

4. CAPACIDADE LABORAL

Considerando o quadro clínico atual:

O(a) interessado(a) apresenta atualmente capacidade laboral para retornar ao exercício de atividade profissional?
( ) SIM ( ) NÃO ( ) PARCIALMENTE
Apresenta condições clínicas para exercer integralmente as atribuições próprias do cargo/função de origem?
( ) SIM ( ) NÃO ( ) SIM, COM RESTRIÇÕES
Possui condições de cumprir integralmente a jornada de trabalho correspondente ao cargo/função de origem?
( ) SIM ( ) NÃO
Possui condições para desempenhar as atividades físicas, cognitivas, intelectuais e/ou operacionais inerentes ao cargo, conforme aplicável?
( ) SIM ( ) NÃO ( ) PARCIALMENTE
O retorno ao exercício das atribuições do cargo poderá causar agravamento ou prejuízo à saúde do(a) interessado(a)?
( ) SIM ( ) NÃO
Há necessidade de manutenção de alguma restrição ou limitação funcional?
( ) SIM ( ) NÃO
Se SIM, especificar:

5. CAPACIDADE PARA RETORNO AO SERVIÇO PÚBLICO

Na condição de médico assistente, considerando a situação clínica atual, o(a) interessado(a) apresenta condições de retornar ao serviço público e exercer as atribuições do cargo/função de origem?
( ) SIM, PLENAMENTE
( ) SIM, COM RESTRIÇÕES
( ) NÃO
Caso existam restrições, especificar detalhadamente:

6. CONCLUSÃO MÉDICA

Após avaliação clínica, análise dos exames e considerando a evolução do quadro de saúde, **na condição de médico assistente**, concluo que o(a) interessado(a):

( ) **APRESENTA RECUPERAÇÃO DA CAPACIDADE LABORAL E POSSUI CONDIÇÕES CLÍNICAS PARA RETORNAR AO SERVIÇO PÚBLICO E EXERCER INTEGRALMENTE AS ATRIBUIÇÕES DO CARGO/FUNÇÃO DE ORIGEM.**
( ) **APRESENTA CAPACIDADE LABORAL PARA RETORNAR AO SERVIÇO PÚBLICO, PORÉM COM AS RESTRIÇÕES/LIMITAÇÕES DESCRITAS NESTE RELATÓRIO.**
( ) **NÃO APRESENTA, NO MOMENTO, CONDIÇÕES CLÍNICAS PARA RETORNAR AO SERVIÇO PÚBLICO E EXERCER AS ATRIBUIÇÕES DO CARGO/FUNÇÃO DE ORIGEM.**
Justificativa médica da conclusão:

6. OBSERVAÇÕES MÉDICAS

Declaro, sob pena de responsabilidade, que as informações acima são verdadeiras e foram prestadas com base na avaliação clínica do(a) paciente e nos exames e documentos médicos disponíveis.
Declaro, ainda, estar ciente de que este relatório será submetido à **Perícia Médica do Município de Anápolis**, a quem compete a avaliação médico-pericial para fins funcionais.

ANÁPOLIS, _____ DE _____ 20_____

_____
ASSINATURA DO MÉDICO
(Carimbo e CRM)