



## RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO

### DADOS FUNCIONAIS:

NOME:

TELEFONE / CELULAR:

E-MAIL:

CARGO / FUNÇÃO:

CPF:

MATRÍCULA:

UNIDADE DE LOTAÇÃO:

DESTINATÁRIO: **NÚCLEO DE MEDICINA DO TRABALHO (PERÍCIA)**

**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 de doença: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Início do tratamento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Seu paciente deste: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_



## RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO

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)**

**Para mais informações: 3902 – 2553**