



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANAPOLIS

READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO

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;
- Relatório da **Chefia Imediata** para fins de readaptação de função;
- Relatório **Médico** para solicitação de readaptação de função;
- Exames e outros Documentos Comprobatórios.

OBSERVAÇÃO:

ANÁPOLIS, ____ DE _____ 20____

ASSINATURA DO REQUERENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANAPOLIS

RELATÓRIO DA CHEFIA IMEDIATA PARA FINS DE READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO

DADOS DO SERVIDOR:

NOME:	
CARGO/FUNÇÃO:	MATRÍCULA:
SECRETARIA:	UNIDADE DE LOTAÇÃO:

DADOS DA CHEFIA IMEDIATA:

NOME:	CPF:
CARGO/FUNÇÃO:	MATRÍCULA:
TELEFONE:	E-MAIL:
SECRETARIA:	UNIDADE DE LOTAÇÃO:

DETALHAR AS ATIVIDADES DESEMPENHADAS PELO SERVIDOR ATUALMENTE:

EM RELAÇÃO AO DESEMPENHO E PRODUTIVIDADE DO SERVIDOR NO TRABALHO, ASSINALE:

Até este momento, tem desempenhado suas atividades normalmente?	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não
Como é a produção profissional?	(<input type="checkbox"/>) Eficiente (<input type="checkbox"/>) Deficiente
Tem conhecimento de alguma doença que o acomete?	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não
Apresenta dificuldades para exercer suas atividades?	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não
Esta dificuldade está relacionada à doença?	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não
Esta dificuldade está relacionada à resistência ao trabalho ou indisciplina?	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não
Considera o comportamento do servidor, no trabalho, dentro da normalidade?	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não
Comete e/ou cometeu atos de indisciplina no trabalho?	(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não

EM RELAÇÃO À VIDA FUNCIONAL DO SERVIDOR, ASSINALE:

Está readaptado?	() Sim () Não
Caso esteja readaptado, como é sua produtividade na nova função?	() Eficiente () Deficiente
É de seu conhecimento se já esteve readaptado?	() Sim () Não
Demonstra interesse em retornar a função inicial?	() Sim () Não
É de seu conhecimento que se submete a tratamentos médicos?	() Sim () Não
E quanto a Assiduidade?	() Boa () Regular () Ruim

ANÁPOLIS, ____ DE _____ 20____

ASSINATURA DA CHEFIA IMEDIATA



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANAPOLIS

RELATÓRIO MÉDICO PARA FINS DE READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO

DADOS DO SERVIDOR:

NOME:	
CARGO/FUNÇÃO:	
MATRÍCULA:	
SECRETARIA:	UNIDADE DE LOTAÇÃO:

SOLICITAÇÃO DE READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO:

() 1^a Solicitação

() Prorrogação de readaptação

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:

HISTÓRIA DA MOLESTIA ATUAL:

DIAGNÓSTICO(S) E CID(S):

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E/OU CONSERVADOR:

TESTES COMPLEMENTARES:

Início da doença: _____ / _____ / _____

Início do tratamento: _____ / _____ / _____

É seu paciente desde: _____ / _____ / _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE ANAPOLIS

**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 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) readquirá 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 Perícia Médica, delegada as devidas atribuições à equipe multiprofissional do Município de Anápolis.

ANÁPOLIS, ____ DE _____ 20_____

**ASSINATURA DO MÉDICO
(Carimbo e CRM)**

RM02