



**DADOS FUNCIONAIS:**

NOME:		CPF:
E-MAIL:		TELEFONE/CELULAR:
ENDEREÇO RESIDENCIAL:		
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:
CARGO/FUNÇÃO:		MATRICULA:
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:**

[illegible]

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?	( ) Sim ( ) Não
Como é a produção profissional?	( ) Eficiente ( ) Deficiente
Tem conhecimento de alguma doença que o acomete?	( ) Sim ( ) Não
Apresenta dificuldades para exercer suas atividades?	( ) Sim ( ) Não
Esta dificuldade está relacionada à doença?	( ) Sim ( ) Não
Esta dificuldade está relacionada à resistência ao trabalho ou indisciplina?	( ) Sim ( ) Não
Considera o comportamento do servidor, no trabalho, dentro da normalidade?	( ) Sim ( ) Não
Comete e/ou cometeu atos de indisciplina no trabalho?	( ) Sim ( ) 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:

<input type="checkbox"/> 1ª Solicitação	<input type="checkbox"/> 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 MOLÉSTIA 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) 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 Perícia Médica, delegada as devidas atribuições à equipe multiprofissional do Município de Anápolis.

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

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO  
(Carimbo e CRM)