

**Gerência de Saúde e Prevenção - GESPRE**  
**Relatório Médico - Solicitação de Readaptação de Função**

1 – Identificação:

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Data Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo: ( )M ( )F Telefone: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

2 – Dados funcionais:

Lotação: \_\_\_\_\_ Local de Exercício: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Data de Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Carga horária semanal: \_\_\_\_\_

3- Solicitação de Readaptação de Função:

- ( ) 1ª solicitação  
( ) Prorrogação de readaptação  
( ) Nova solicitação (sem ser prorrogação)

Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM n°. 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):

Início da doença: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Seu paciente desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Existe relação de causa e efeito entre a patologia e a atividade funcional do(a) Paciente? ( )sim ( )não  
Se sim relate 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 sua capacidade laboral? Poderá ter exercício pleno de suas atividades?

Tempo necessário ao restabelecimento da capacidade laboral plena do servidor:

\_\_\_\_\_  
Médico(a) Assistente  
(CRM, assinatura e carimbo)

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

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