

Gerência de Saúde e Prevenção – GESPRES

Solicitação de Readaptação de Função - Requerimento a ser preenchido pelo servidor.

1- Identificação do servidor

Nome: _____
CPF: _____ RG: _____
Sexo: M() F() Data de Nascimento: ___/___/___ Grau de Escolaridade: _____
Endereço _____
Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ CEP: _____
Telefone: _____ e-mail: _____

2- Dados Funcionais:

Órgão de Lotação: _____
Local de Exercício: _____ Telefone: () _____
Provimento do Cargo: () Efetivo () Comissionado () Outro/Descrever _____
Data de Admissão: ___/___/___
Funções que exerce atualmente: _____

Principais atividades desta função: _____

Há quanto tempo exerce as atividades acima descritas: _____

3- Dados de Saúde e Ocupacionais:

Já gozou licença para tratamento de saúde? () sim () não
Esta licença tem relação com a patologia determinante desta solicitação de readaptação? () sim () não
Já gozou licença prêmio? () sim () não Período: ___/___/___ a ___/___/___
Já gozou licença interesse particular? () sim () não Período: ___/___/___ a ___/___/___
Já sofreu algum acidente de trabalho? () sim () não Quando? _____
Já gozou licença para tratamento de saúde, motivada por doença profissional? () sim () não Quando? _____
Descreva o acidente ou doença (caso tenha ocorrido):

Houve comunicação do acidente ou doença através de FRAT (Ficha de Registro de Acidente de Trabalho)? () sim () não
Data da emissão da FRAT: ___/___/___

4- Prorrogação de Readaptação:

Já foi Readaptado anteriormente? ()sim ()não

Períodos: _____

Esta solicitação é de Prorrogação de Readaptação: ()sim ()não

Se sim, em qual função está readaptado: _____

Atividades desta função: _____

Há quanto tempo exerce as atividades descritas? _____

5-Outras Atividades Profissionais:

Trabalha em outro local? ()sim () não

Onde: _____

Funções: _____

Atividades: _____

Carga horária: _____

Há quanto tempo: _____

Nesta atividade, recebe adicional de:

Insalubridade? () sim () não Há quanto tempo? () anos () meses

Periculosidade? () sim () não Há quanto tempo? () anos () meses

Local e data: _____

Assinatura: _____

ORIENTAÇÕES AO SERVIDOR

* Documentos Necessários:

1. Relatório médico assistente (modelo oficial) solicitando Readaptação de Função;

2. Cópias dos exames realizados;

3. Formulários:

- Requerimento Assuntos Diversos;
- Requerimento de Solicitação de Readaptação de Função;
- Formulário preenchido pelo RH do órgão de Lotação;
- Formulário preenchido pela Chefia Imediata do servidor.

* Normas:

4. Autuar Processo com toda a documentação necessária;

5. Agendamento da perícia médica pelo telefone: (62) 3269.4202;

6. Comparecimento no dia e hora agendados;

7. Apresentar documentos de identificação original (RG atualizada; CNH; Passaporte ou Carteira de Trabalho);

8. Estar usando vestimentas adequadas para o exame (não comparecer com roupas que dificultem o exame);

9. Atestados/relatórios médicos, deverão ser originais, assinados e carimbados.

ATENÇÃO: Os modelos de formulários e requerimentos (obrigatórios) que devem ser anexados ao processo estão disponíveis no site: www.segplan.go.gov.br - campo servidor / campo perícias médicas