**REQUERIMENTO DE READAPTAÇÃO FUNCIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Órgão:** PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ MACHADO | **CNPJ:** 76.339.688/0001-09 |
| **Endereço:** AVENIDA VITÓRIA, 251, CENTRO, CRUZ MACHADO/PR, CEP: 84.620-000 | **Telefone:** (42) 3554-1222 |

**DADOS FUNCIONAIS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Matrícula nº:** | **Nome do Servidor:** | **Telefone para contato:** |
| **RG:** | **CPF:** | **Data de nascimento:** | **Data de Admissão:** |
| **Cargo:** | **Lotação (Secretaria/Departamento):** |
| **Local de trabalho (onde desempenha suas atividades):** | **Horário de trabalho:** |
| **Relato das principais atribuições realizadas no dia-a-dia:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO POR ESPECIALISTA**

|  |
| --- |
| Anexado relatório médico, com prazo inferior a 06 (seis) meses da data de solicitação de readaptação, emitido por especialista da área de patologia apresentada, com o código respectivo da CID, definindo quais as atividades o servidor não poderá realizar em razão da limitação que está acometido. |
| **EXAMES E LAUDOS MÉDICOS** |
| Anexado laudos médicos e exames a que o servidor tenha se submetido, com prazo inferior a 06 (seis) meses da data da solicitação de readaptação, nos quais se constata a patologia alegada, bem como o órgão ou parte do corpo afetada. |

Nestes termos, aguarda deferimento.

Cruz Machado, .... de .................... de 20....

NOME

Cargo