|  |  |
| --- | --- |
| **CÂMARA MUNICIPAL DE SORRISO** | **Anexo I****REQUERIMENTO PARA FINS DE READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO** |

Eu, abaixo identificado (a), Servidor (a) Público do Município de Sorriso, legalmente investido em cargo de provimento efetivo, após cumpridas todas as exigências legais. Solicito a esta Coordenadoria de Recursos Humanos, a realização de perícia médica, para que se efetive minha movimentação, para outra função em meu Cargo, compatível com minha atual condição de saúde.

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR:** | Estas informações devem ser prestadas pelo Servidor (a) |
| Nome: | Data de Nascimento: / /  |
| Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino |  | Data de Ingresso no serviço: / /  |
| Endereço: | Telefone: |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMAÇÕES FUNCIONAIS:** | Estas informações devem ser prestadas pelo Servidor (a) |
| Cargo: | Matrícula: |
| Lotação | Local de Trabalho: |
| Já foi readaptado outras vezes: (  | ) Sim |  (  | ) Não | Qual atividade você exerce atualmente? |
| Você se encontra de licença médica: ( |  )Sim |  ( |  ) Não |  |
|  |  |  |  |  |
| Assinatura do Servidor  |  |  |  Data: |

**INFORMAÇÕES MÉDICAS (prestadas pelo médico assistente do (a) servidor(a)):**

|  |
| --- |
| Paciente: |
| Diagnóstico: | CID: |
| Outros Diagnósticos: | CID: |
| Qual a sua previsão de tempo para o tratamento do paciente: |
| Exames que comprovam diagnóstico: |
| Pode se esperar que com tratamento médico, o paciente readquira condições de exercer seu cargo: | ( ) Sim ( ) Não |
| A incapacidade laboral gerada pela patologia diagnosticada, deve ser classificada como:( ) Total ( ) Parcial ( ) Temporária ( ) Permanente |

|  |
| --- |
| A capacidade física e mental residual do Servidor (a), permite seu aproveitamento em outra atividade? ( ) Sim ( ) Não |
| Qual tipo de atividade V. Sra. Aconselha propormos ao Servidor (a)? |
|  |
| Assinatura e carimbo médico assistente: |
| A capacidade física e mental residual do Servidor (a), permite seu aproveitamento em outra atividade? ( ) Sim ( ) Não |
| Qual tipo de atividade V. Sra. Aconselha propormos ao Servidor (a)? |
|  |
| Assinatura e carimbo médico assistente: |

|  |  |
| --- | --- |
| **CÂMARA MUNICIPAL DE SORRISO** | **Anexo II****RELATÓRIO DO LOCAL DE TRABALHO** |

|  |
| --- |
| SOLICITAÇÃO READAPTAÇÃO |
| **SERVIDOR** |
| MATRÍCULA | NOME |
| ADMISSÃO | SEXO | ESTADO CIVIL | ESCOLARIDADE | FONE | CARGO |
| HORÁRIO DE TRABALHO:MANHÃ: DAS ÀS TARDE: DAS ÀS  |
| **ÓRGÃO** |
| LOTAÇÃO |
| FONE: | RESPONSÁVEL |
| **RELATO DA CHEFIA DO SERVIDOR** |
| DESCREVER A FUNÇÃO ATUAL DO SERVIDOR (DETALHAR AS ATIVIDADES) |
|  |
|  |
|  |
|  |
| DIFICULDADES APRESENTADAS PELO SERVIDOR EM SEU LOCAL DE TRABALHO |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| APRESENTAR PERSPECTIVAS DE TRABALHO (SETORES E/OU ATIVIDADES) ONDE O SERVIDOR PODERÁ SER APROVEITADO |
|  |
|  |
|  |
| **Sorriso, / /**  |
| **CHEFIA IMEDIATA** | **SERVIDOR** |

|  |  |
| --- | --- |
| **CÂMARA MUNICIPAL DE SORRISO** | **Anexo III****RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO SERVIDOR READAPTADO** |

|  |
| --- |
| **NOME:** |
| **MATRÍCULA:** |
| **CARGO:** |
| **PERÍODO READAPTADO: / / a / /**  |

**LOTAÇÃO INICIAL**:

**LOTAÇÃO ATUAL**:

|  |
| --- |
| **DIFICULDADES APRESENTADAS NO DESEMPENHO DA FUNÇÃO READAPATADA** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
| DATA: | Carimbo e Assinatura da Chefia Imediata: |

|  |
| --- |
| **DIFICULDADES PARA O DESEMPENHO DA FUNÇÃO READAPTADA:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| DATA: | Assinatura do Servidor: |