



**Secretaria Municipal de Gestão - SEGES
Coordenadoria de Gestão de Saúde do Servidor – COGESS**

FORMULÁRIO MÉDICO – SOLICITAÇÃO DE READAPTAÇÃO FUNCIONAL

1 – DADOS DO PACIENTE – todos os campos obrigatórios

Nome:	
RG:	Data de Nascimento: / /
CPF:	Telefone:

2 – DADOS DO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE – todos os campos obrigatórios

Nome:	
Especialidade:	CRM:

3 – UNIDADE DE SAÚDE – todos os campos obrigatórios

Nome da Unidade de Saúde:	
Município:	Tel.:
E-mail:	CNES/CNPJ/CPF:

4 – DIAGNÓSTICO(S) – preenchimento obrigatório

CID 10	Descrição do diagnóstico
PRINCIPAL:	
SECUNDÁRIOS:	
SECUNDÁRIOS:	

5 – LIMITAÇÕES ATUAIS – preenchimento obrigatório

<input type="checkbox"/> AUDITIVA	<input type="checkbox"/> FÍSICA	<input type="checkbox"/> INTELLECTUAL	<input type="checkbox"/> MENTAL	<input type="checkbox"/> VISUAL	<input type="checkbox"/> NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES
-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---



Secretaria Municipal de Gestão - SEGES
Coordenadoria de Gestão de Saúde do Servidor – COGESS

ATESTO, para os devidos fins, a veracidade das informações e dos comprometimentos descritos acima, classificados com a respectiva CID 10, no presente formulário de solicitação.

Assinatura do(a) solicitante	____/____/____ Data de emissão	Assinatura do(a) médico(a) e carimbo com nome e CRM legíveis