**FORMULÁRIO (MÉDICO) 1**

SOLICITAÇÃO DE READAPTAÇÃO FUNCIONAL

Este formulário deve ser preenchido pelo médico assistencial de escolha do paciente/servidor, seja ele pertencente à rede pública, privada ou particular de saúde.

O presente documento não configura laudo pericial e não implica em readaptação funcional compulsória, tendo em vista que, conforme disposto no Decreto Municipal Nº 64.014/2025, esta decisão compete ao médico perito do órgão oficial.

* **CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO PACIENTE/SERVIDOR OU UNIDADE DE RECURSOS HUMANOS** (item 1)

1. **– DADOS DO PACIENTE –** todos os campos obrigatórios

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

* **CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO PROFISSIONAL MÉDICO** (itens 2, 3, 4 e 5)

1. **– DIAGNÓSTICO(S) –** preenchimento obrigatório

|  |  |
| --- | --- |
| **CID 10** | **Descrição do diagnóstico** |
| PRINCIPAL: |  |
| SECUNDÁRIOS: |  |
| SECUNDÁRIOS: |  |

1. **– LIMITAÇÕES ATUAIS –** preenchimento obrigatório

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] AUDITIVA | [ ] FÍSICA [ ] INTELECTUAL [ ] MENTAL [ ] VISUAL [ ] NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES |

1. **– RELATÓRIO DO CASO –** preenchimento obrigatório

Descrição detalhada da história patológica, contendo obrigatoriamente os achados clínicos e/ou psíquicos atuais, os comprometimentos e/ou sequelas verificadas pelo médico assistente e a terapêutica vigente.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **– LIMITAÇÕES APRESENTADAS E/OU RELATADAS PELO PACIENTE –** preenchimento obrigatório

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ATESTO, para os devidos fins, a vercidade das informações e dos comprometimentos descritos acima, classificados com a respectiva CID 10, no presente formulário de solicitação. | | |
| Assinatura do(a) solicitante  \*ASSINATURA PODERÁ SER CONFERIDA ELETRONICAMENTE | / /  Data de emissão | Assinatura do(a)médico(a) e carimbo com nome e CRM legíveis |