**FORMULÁRIO (MÉDICO) 2**

CESSAÇÃO 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 cessação direta da readaptação funcional, 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: | |
| RF: | Data de Nascimento: / / |
| CPF: | Telefone: |

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

1. **– O SERVIDOR NÃO APRESENTA MAIS AS SEGUINTES LIMITAÇÕES –** preenchimento obrigatório

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] AUDITIVA | [ ] FÍSICA [ ] INTELECTUAL [ ] MENTAL [ ] VISUAL |

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

Descrição detalhada da história patológica, contendo obrigatoriamente os achados clínicos e/ou psíquicos, que justificaram o pedido de readaptação funcional.

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

1. **– CONDIÇÕES ATUAIS DE SAÚDE –** preenchimento obrigatório

Descrição detalhada da história patológica, de sua condição atual, detalhando os elementos que concluem pela não necessidade de o servidor/paciente se manter em readaptação funcional.

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

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