



DIRETORIA-EXECUTIVA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR
GERÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR
COORDENAÇÃO PSICOSSOCIAL

**RELATÓRIO MÉDICO ASSISTENTE
SOLICITAÇÃO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL**

IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

Nome: _____
CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Sexo: () Masc. () Fem. Telefone: _____

DADOS FUNCIONAIS

Lotação: _____ Local de Exercício: _____
Cargo: _____ Data da Admissão: _____

3- Solicitação de Reabilitação profissional:

() 1ª Solicitação

() Prorrogação

Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM nº. 1658/2002.

Data ____/____/____

Assinatura:

RELATÓRIO MÉDICO (preenchido pelo médico assistente do(a) servidor(a))

História da doença atual:

Diagnósticos e CIDs:

Início da doença: / /

Início do tratamento: / /

Seu paciente desde: / /



DIRETORIA-EXECUTIVA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR
GERÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR
COORDENAÇÃO PSICOSSOCIAL

| | |
|---|---------------|
| O servidor obedece ao tratamento que lhe foi indicado? | ()sim ()não |
| A patologia reduz a capacidade laboral do servidor no momento? | ()sim ()não |
| A patologia diagnosticada é passível de melhoria, cura ou controle? | ()sim ()não |
| A patologia se apresenta de forma definitiva? | ()sim ()não |

Exames realizados que comprovam os diagnósticos:

O Senhor considera que o adoecimento do(a) servidor(a) tem relação com suas atividades laborais? () sim () não
Se sim, relate o que o leva a esta afirmação:

Após o tratamento proposto por V. Sa., o(a) servidor(a) poderá readquirir capacidade laboral para o exercício pleno de suas funções?

()sim ()não

Qual tempo V. Sa., considera necessário para recuperação do(a) servidor(a):

Assinatura/carimbo com CRM

Local: _____

Data: ____/____/____.