

JUNTA MEDICA

Rodovia BR 242, KM 405, S/Nº. - Caixa Postal nº. 410 - 77.410-970 – GURUPI-TO (63)3301-4343

Solicitação de Readaptação de Função - Requerimento a ser preenchido pelo(a) servidor(a).

1- Identificação:

Nome: _____
CPF: _____ Sexo: Masculino [] Feminino []
Data de Nascimento: ____/____/____
Cargo: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ CEP: _____
Telefone: () _____ E-mail: _____

2- Dados Funcionais:

Data de Admissão: ____/____/____
Atividade(s) que exerce atualmente: _____
Há quanto tempo exerce a(s) atividade(s) descrita(s): _____

3- Em caso de solicitação de prorrogação de readaptação

Qual o(s) período(s) de readaptação concedido(s): _____
Quantos dias de readaptação já foram concedidos: _____
Qual cargo exerce estando readaptado: _____
Há quanto tempo exerce o cargo descrito: _____

4- Outras atividades profissionais:

Trabalha em outro local ? Sim () Não ()
Onde: _____
Atividade(s): _____
Há quanto tempo: _____

Data: ____/____/____ Assinatura do Servidor: _____

Orientações ao(à) servidor(a)

ATENÇÃO

*** Documentos Necessários:**

Relatório do médico solicitando [Readaptação de Função];
Cópias dos exames realizados (atualizados);

*** Formulários:**

Requerimento de Solicitação de Readaptação de Função preenchido e assinado pelo servidor;

Formulário preenchido pela Chefia Imediata do servidor.

*** Normas:**

Comparecer com toda a documentação necessária na junta médica para auditoria e encaminhamento para o setor de protocolo;

Comparecimento no dia e hora agendados;

Apresentar documentos de identificação original

Atestados/relatórios médicos, deverão ser originais, assinados e carimbados.

Os modelos de formulários e requerimentos (obrigatórios) que devem ser anexados ao processo estão disponíveis no site: (Informações e Serviços / Recursos Humanos / Formulários)