

SERVIÇO SOCIAL

1ª Solicitação de Readaptação funcional

Requerimento a ser preenchido pelo servidor

1- Identificação do (a) servidor(a):

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____

Sexo: M() F() Data de Nascimento: ____/____/____ Grau de Escolaridade: _____

Endereço: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone: _____ e-mail: _____

2- Dados Funcionais: Órgão de Lotação: _____

Local de Exercício: _____

Telefone: () _____ Provisão do Cargo: () Efetivo () Comissionado ()

Nome do atual gestor: _____ Telefone do gestor: () _____

Outro/Descrever _____ Data de Admissão: ____/____/____

Funções que exerce atualmente: _____

Principais atividades desta função: _____

Há quanto tempo exerce as atividades acima descritas: _____

3- Dados de Saúde e Ocupacionais:

O que o (a) levou ao processo de readaptação? _____

Quando se manifestou o processo de adoecimento? Qual o diagnóstico?

Faz uso de medicamentos continuamente? () sim () não, se sim,

quais? _____

Faz tratamento: () psicológico () psiquiátrico () fisioterapêutico () outros: _____

Já gozou licença para tratamento de saúde? () sim () não, caso sim, qual foi a patologia?

Já gozou licença prêmio? ()sim ()não Período: ___/___/___ a ___/___/___

Já gozou licença interesse particular? ()sim ()não Período: ___/___/___ a ___/___/___

Já sofreu algum acidente de trabalho? ()sim ()não Quando? _____

Houve comunicação do acidente ou doença através do CAT? ()sim ()não

Data da emissão da CAT: ___/___/___

Já gozou licença para tratamento de saúde, motivada por doença profissional? ()sim ()não

Quando? _____

Descreva o acidente ou doença (caso tenha ocorrido): _____

4. Ambiente de Trabalho:

Há alguma observação quanto à relação inter pessoal no ambiente de trabalho?

Há o diálogo com o seu gestor sobre sua situação de saúde e necessidade de migrar para outra função?

Está ciente que com a readequação funcional poderá ser remanejado (a) para outra unidade ou secretária?

Rio Verde, ___/___/___.

Assinatura do Servidor (a)