



SERVIÇO SOCIAL
2ª Solicitação de Readaptação funcional
Prorrogação/reavaliação
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 - Prorrogação de Readaptação:

Já foi Readaptado anteriormente? ()sim () não

Períodos: _____

Esta solicitação é de Prorrogação de Readaptação: ()sim () não, Se sim, em qual função está readaptado: _____

Atividades desta função:

Há quanto tempo exerce as atividades descritas? _____

Com a readaptação, houve melhora da patologia que o (a) levou a pedir remanejamento?

3-Outras Atividades Profissionais:

Trabalha em outro local? ()sim () não Onde: _____

Funções: _____

Atividades:



Carga horária: _____

Há quanto tempo: _____

Nesta atividade, recebe adicional de:

Insalubridade? () sim () não Há quanto tempo? () anos () meses

Periculosidade? () sim () não Há quanto tempo? () anos () meses Local e data: _____

4- Dados de Saúde e Ocupacionais:

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

Faz algum tratamento como: psicológico, psiquiátrico ou fisioterapia? _____

Após a readequação, houve continuidade no tratamento da patologia? () sim () não, caso a resposta seja negativa, justificar, caso a resposta seja sim, qual o médico responsável pelo acompanhamento? _____

5. Ambiente de Trabalho:

Há alguma observação quanto ao novo local de trabalho e das funções desempenhadas?

O novo ambiente de trabalho proporcionou melhora significativa para a sua patologia?

Rio Verde, ____/____/____.

Assinatura do Servidor(a)