

**Secretaria Municipal da Administração
Diretoria de Saúde Ocupacional**

Data de Retorno à Perícia Oficial: ____/____/____

PADRÃO DE QUESITO ã READEQUAÇÃO FUNCIONAL

Solicitamos seus préstimos no sentido de fornecer as informações abaixo relacionadas, de o funcionário nominado a seguir, a fim de orientar conduta médico-pericial.

Informamos que o tramite deste documento deve ser feito resguardando-se o seu caráter sigiloso, para que não sejam feridos os preceitos éticos médicos.

Especialidade Requerida: _____

Nome:

Mat.:

Idade:

Cargo/Função:

Secretaria:

Local de Trabalho:

INFORMAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

1 ã CID 10 _____, CID 10 _____, CID 10 _____

2 ã Data do início da doença ____/____/____

Data do início tratamento ____/____/____

3 ã Foram solicitados exames complementares? SIM () NÃO ()

4 ã Em caso afirmativo, citar os exames complementares realizados e comentar informações referentes aos Resultados dos exames que sejam relevantes para o caso.

5 ã Realizado tratamento: A) Cirúrgico _____, B) Clínico _____

C) Outros _____.

A e C especificar: _____

Comentar resultado obtido e situação clínica atual do servidor

6 ã Esta o servidor incapacitado para o trabalho? SIM () NÃO ()

7 ã Em caso de sim para o quesito 6, previsão do período de afastamento. _____

8 Presença de seqüelas? Sim () Não ()

Relacionar Limitações:

9 ã Prognóstico:

Observação que julgar necessário:

Local e data: _____ de _____/____

**Carimbo e assinatura
Médico Assistente**