

Secretaria Municipal de Gestão - SEGES Coordenadoria de Gestão de Saúde do Servidor - COGESS

FORMULÁRIO MÉDICO – SOLICITAÇÃO DE READAPTAÇÃO FUNCIONAL

Nome:				
RG:		Data de Nascimento:	1 1	
CPF:		Telefone:	Telefone:	
2 – DADOS DO(A) MÉDICO(A) ASSISTEN	FE – todos os campos obrigatórios			
Nome:				
Especialidade:			CRM:	
3 – UNIDADE DE SAÚDE – todos os camp	nos obrigatórios			
	os obligatorios			
Nome da Unidade de Saúde:				
Município:			Tel.:	
E-mail:	CNES/CNPJ/CPF:			
4 – DIAGNÓSTICO(S) – preenchimento o	brigatório			
CID 10		Descrição do diagnóstico		
PRINCIPAL:				
SECUNDÁRIOS:				
SECUNDÁRIOS:				
<u>l</u>				
5 – LIMITAÇÕES ATUAIS – preenchiment	o ohrigatório			
D – LIMITAÇOLS ATOAIS – preenciimem	Oobilgatorio			
[]AUDITIVA []FÍSICA	[] INTELECTUAL [] MENTAL [] VISUAL	[] NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES	



Secretaria Municipal de Gestão - SEGES Coordenadoria de Gestão de Saúde do Servidor - COGESS

6 – LIMITAÇÕES DE ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO NO TRABALHO – preenchimento obrigatório
7 – RELATÓRIO DO CASO – preenchimento obrigatório
Descrição detalhada da história patológica, contendo obrigatoriamente os achados clínicos e/ou psíquicos atuais, os comprometimentos e/ou sequelas verificadas pelo médico assistente e a terapêutica vigente.



Secretaria Municipal de Gestão - SEGES Coordenadoria de Gestão de Saúde do Servidor – COGESS

ATESTO, para os devidos fins, a vercidade das informaçõe formulário de solicitação.	s e dos comprometimentos	descritos acima, classificados com a respectiva CID 10, no presente
Assinatura do(a) solicitante	Data de emissão	Assinatura do(a)médico(a) e carimbo com nome e CRM legíveis