



**Diário Oficial**  
Municípios de Santa Catarina

Segunda-feira, 18 de novembro de 2024 às 16:56, Florianópolis - SC

PUBLICAÇÃO

**Nº 6624923: INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 004-2024**

ENTIDADE

Prefeitura Municipal de Brusque

MUNICÍPIO

Brusque



<https://www.diariomunicipal.sc.gov.br/?q=id:6624923>

CIGA - Consórcio de Inovação na Gestão Pública  
Rua Gen. Liberato Bittencourt, n.º 1885 - Sala 102, Canto - CEP 88070-800 - Florianópolis / SC  
<https://www.diariomunicipal.sc.gov.br>



## **INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 004/2024**

Dispõe sobre as normas gerais e procedimentos para Readaptação Funcional dos Servidores Públicos do Município, suas Autarquias e Fundações Públicas.

O Diretor-Geral de Gestão Estratégica, designado através da Portaria nº 15.924/2024 e a Diretora do Departamento de Recursos Humanos, nomeada pela Portaria nº 14.471/2022 no uso de suas atribuições legais, de acordo com o art. 111, II, e § 1º da Lei Orgânica Municipal, c/c com o Decreto nº 8.818/2021 e considerando a Lei Complementar 147/2009 que institui o Estatuto dos Servidores Municipais de Brusque e proclama em seu Art. 31 que os demais critérios para a efetivação da readaptação serão estabelecidos em regulamento, RESOLVE:

Regulamentar os procedimentos para Readaptação Funcional de Servidores Públicos do Município, Fundações e Autarquias.

**Art. 1.** Considera-se, para fins desta Instrução Normativa:

**I** – Readaptação funcional: é a investidura do servidor em função com atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental, verificada em inspeção médica por junta médica oficial do Município;

**II** - Readaptação funcional compulsória: é o processo administrativo iniciado pela administração pública e que não depende da vontade do servidor, resultando na investidura do servidor em função com atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental, verificada em inspeção médica por junta médica oficial do Município;

**III** - Incapacidade laborativa: é a impossibilidade, temporária ou definitiva, de desempenhar as atribuições laborativas para a função habitual, advindas de alterações de saúde físicas ou mentais, decorrentes de doenças ou acidentes, que deverão ser atestadas por junta médica oficial do Município.

**IV** - Invalidez: é a incapacidade laborativa total, permanente, decorrentes de doenças ou acidentes, insuscetível de recuperação ou readaptação profissional, em consequência de doença ou acidente, que acarretará na aposentadoria do servidor, e que deverá ser atestada por junta médica oficial do Município;

**V** - Perícia médica: a perícia oficial, para os fins desta Instrução Normativa, é o ato administrativo que consiste na avaliação técnica das questões relacionadas à saúde e à capacidade laboral do servidor, e será realizada por junta médica oficial do Município.

**Art. 2.** A readaptação funcional nos moldes a que refere-se os incisos I e II do Art. 1º, será concedida ao servidor público com vínculo efetivo nos órgãos e nas entidades da administração direta, autárquica e fundacional do Poder Executivo, de modo a possibilitar o reaproveitamento do servidor em atribuições e responsabilidades compatíveis com sua condição de saúde atual.

§ 1º Os servidores contratados para atender necessidade temporária de excepcional interesse público serão submetidos às normas do Instituto Nacional da Seguridade Social – INSS.

§ 2º Em cumprimento ao disposto no parágrafo único do Art. 29 da Lei Complementar nº 147/2009, as modalidades de readaptação à qual refere-se os incisos I e II do Art. 1º deste documento, devem ser realizadas sem prejuízo à remuneração do servidor.

§ 3º Entende-se a remuneração a qual refere-se o § 2º deste artigo, como valor base do vencimento do cargo efetivo, acrescido das vantagens pecuniárias permanentes estabelecidas em lei. Este valor é definido de acordo com a tabela de vencimentos para cada cargo e nível de carreira.

§ 4º Em cumprimento ao disposto no Art. 91 da Lei Complementar nº 146/2009, não serão estendidas aos profissionais do magistério readaptados ou em processo de readaptação as seguintes gratificações:

- I - gratificação de estímulo à regência de classe;
- II - gratificação pelo desempenho de atividade especializada em magistério;
- III - prêmio ao professor alfabetizador.

**Art. 3.** Conforme art. 29 da Lei Complementar 147/2009, a readaptação funcional será efetivada em função com atribuições afins, respeitadas a habilitação exigida, nível de escolaridade e equivalência de vencimento, o grau de readaptação e o interesse público.

**Parágrafo único.** A readaptação funcional implicará na mudança de funções e eventualmente de responsabilidades e/ou lotação, ou apenas, somente na limitação de atividades realizadas no cargo de origem, caso seja constatada possibilidade de permanência no mesmo cargo.

**Art. 4.** A readaptação terá prazo definido de duração, devendo o servidor readaptado passar por junta médica em prazo não superior a 1 (um) ano, conforme motivo que levou a readaptação e a duração do tratamento.

**Art. 5.** A readaptação poderá ser prorrogada, caso as limitações que levaram a readaptação do servidor permaneçam, conforme avaliação médica oficial.

**Parágrafo único.** Encerrado o prazo de readaptação funcional, o servidor retornará à sua função anterior.

**Art. 6.** A readaptação funcional poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante os seguintes casos:

I - A pedido do servidor ou do superior imediato, quando houver melhora das condições de saúde ou adequação do seu local de trabalho, desde que apresente laudo médico comprovando o restabelecimento da capacidade física e/ou mental, com anuência da Junta Médica;

II - Se constatada a continuidade ou agravamento no estado de saúde do servidor readaptado, fazendo-se necessário a licença médica para tratamento da enfermidade que motivou a readaptação funcional; ou

III - Ocorrendo denúncia de irregularidades no recebimento do benefício, quando devidamente comprovada em procedimento administrativo.

**Art. 7.** Encerrado o prazo de readaptação funcional, não sendo constatado por junta médica oficial quaisquer impeditivos à capacidade laboral do servidor, o mesmo retornará à sua função anterior.

## **DO PROCESSO ADMINISTRATIVO**

**Art. 8.** O requerimento de readaptação poderá ocorrer a pedido do servidor, ou da chefia/administração no caso de readaptação compulsória, quando um servidor sofrer limitação de sua capacidade física ou mental.

**Art. 9.** Para requerer a readaptação funcional, o servidor deverá protocolizar em seu órgão ou entidade de exercício, ou preferencialmente, na Diretoria de Recursos Humanos, os seguintes documentos e laudos:

I - Requerimento Formal de Readaptação: Um documento escrito pelo servidor, ou chefia imediata, solicitando a readaptação, detalhando os motivos e a necessidade da mesma;

II - Laudo(s), exame(s), ou relatório médico detalhado que ateste a limitação física ou mental do servidor; e

**III** - Documentação Complementar: Qualquer outra documentação que possa suportar o pedido, como registros de tratamentos anteriores, recomendações de reabilitação profissional ou qualquer outra evidência que corrobore a necessidade de readaptação.

**§ 1º** Em caso de readaptação compulsória, o documento a que refere-se o inciso I deste artigo deve ser apresentado por chefia imediata, ao passo em que o laudo a qual refere-se o inciso II e os documentos complementares, quando necessários, serão feitos e/ou requisitados por junta médica oficial da Prefeitura de Brusque.

**§ 2º** Os documentos deverão ter no máximo:

- I** - 30 dias para atestados;
- II** - 90 dias para laudos;
- III** - 180 dias para exames.

**§ 3º** A critério da junta médica oficial, poderão ser solicitados novos exames, avaliações ou pareceres especializados para complementação diagnóstica.

**Art. 10.** O servidor passará por junta médica que avaliará e emitirá laudo médico fundamentado, no qual serão indicadas:

- I** - Se o servidor efetivamente apresenta limitação em sua capacidade física ou mental e a sua natureza;
- II** - Grau de comprometimento da capacidade laborativa do servidor (inexistente, parcial ou total);
- III** - Atividades que o readaptando não pode exercer;
- IV** - Eventuais tratamentos e o período estimado;
- V** - Sugestão de frequência para acompanhamento da junta médica.

**§ 1º** As limitações serão avaliadas por meio de junta médica, podendo esta solicitar mais documentos que julgar necessários, como relatórios específicos e/ou mais detalhados e resultados de exames recentes.

**§ 2º** Concluindo-se pela incapacidade laborativa total do servidor, sem prognóstico de recuperação, ele será encaminhado para fins de aposentadoria por incapacidade permanente para o trabalho, nos termos do parágrafo único, do Art. 28, parágrafo único, da Lei Municipal 147/2009.

§ 3º Concluindo-se pela incapacidade laborativa parcial do servidor, será encaminhado à Comissão Interna de Readaptações e Licenças (CI RELI), com cópia do laudo médico, para fins de readaptação das atribuições e responsabilidades compatíveis com a limitação sofrida.

**Art. 11.** Sendo o servidor encaminhado à Comissão Interna de Readaptações e Licenças, será aberto processo administrativo de readaptação, o qual deverá conter:

- I - Cópia do laudo médico de que trata o art. 10;
- II - Descrição das atribuições do cargo ocupado pelo servidor;
- III - Demais documentos de identificação pessoal e funcional do servidor que a Comissão entender pertinentes;
- IV - Outras informações relevantes para a avaliação do servidor.

**Parágrafo único.** O processo administrativo de readaptação será instruído com todos os documentos relativos ao caso, os quais serão juntados em ordem cronológica e numerados.

**Art. 12.** Competirá à Comissão Interna de Readaptações e Licenças, em conjunto com a Diretoria de Recursos Humanos, verificar o local onde o servidor readaptado desempenhará suas novas atividades, dando-se prioridade à sua lotação de origem, desde que haja disponibilidade de vagas.

**Parágrafo único.** Quando necessário, a Comissão Interna de Readaptações e Licenças poderá, mediante parecer fundamentado, readaptar o servidor para outro local, situação em que a mudança será cuidadosamente avaliada pela comissão.

## **DA MANUTENÇÃO**

**Art. 13.** O servidor deverá cumprir integralmente o tratamento prescrito, sob pena de instauração de processo administrativo disciplinar e reversão do processo de readaptação.

§ 1º O servidor readaptado deverá, mensalmente, apresentar a seguinte documentação comprobatória referente ao tratamento realizado, conforme prescrição médica feita ou apresentada à junta médica oficial, sob pena, em caso de descumprimento, de revisão da readaptação:

- I - Cópia de Notas Fiscais e Cupons Fiscais de medicamentos
- II - Declarações de comparecimento a consultas, exames e outros tratamentos de saúde que forem realizados e indicados pela junta médica ou profissional apto de saúde.

**§ 2º** Todos os documentos a qual refere-se o § 1º deste artigo deverão ser atualizados, devendo ser apresentados até o mês subsequente da sua emissão.

**Art. 14.** O controle e a supervisão do acompanhamento do servidor readaptado serão realizados pela Chefia imediata do cargo que virá a ocupar, em conjunto com a Diretoria de Recursos Humanos.

**Art. 15.** Cabe ao Gestor da pasta ou da entidade fundacional em que o servidor readaptado estiver lotado, o encaminhamento semestral de Ficha de Acompanhamento Individual (anexa) a Comissão Interna de Readaptações e Licenças, descrevendo sumariamente as atividades desenvolvidas pelo servidor durante o período, podendo juntar documentos que entender pertinentes.

**§ 1º** De posse da Ficha de Acompanhamento Individual, dos documentos e demais informações repassadas pela chefia imediata, a Comissão Interna de Readaptações e Licenças se reunirá e emitirá parecer fundamentado sobre a situação do servidor readaptado.

**§ 2º** Todos os documentos acima mencionados serão juntados ao processo de readaptação do servidor.

**§ 3º** Em caso de descumprimento das atividades laborais atribuídas ao servidor efetivo readaptado, a Diretoria de Recursos Humanos poderá iniciar o processo de reversão da readaptação, sem a necessidade de reavaliação pericial, sem prejuízo da instauração de Processo Administrativo Disciplinar (PAD), caso seja aplicável.

**Art. 16.** A prorrogação da readaptação funcional a qual refere-se o caput do Art. 5º desta Instrução Normativa, deverá ser requerida pelo servidor até 30 (trinta) dias antes do término do benefício, mediante requerimento de readaptação funcional protocolado no seu órgão ou entidade de exercício, devendo ser apresentado à junta médica oficial os seguintes documentos:

- I - Atestado médico emitido pelo médico assistente, legível e original, especificando a limitação/restrrição para o exercício da função readaptada;
- II - Exames comprobatórios da situação clínica de saúde;
- III - Cópia da receita médica ou prescrição de medicação (quando houver);
- IV - Relatório de acompanhamento dos tratamentos Realizados;

**§ 1º** A critério da junta médica oficial, poderão ser solicitados novos exames, avaliações ou pareceres especializados para complementação diagnóstica.

§ 2º Para efetiva prorrogação da readaptação funcional deverá os relatórios de acompanhamento do servidor readaptado estarem devidamente preenchidos e assinados pelo servidor e pela chefia imediata, sob pena de aplicação de sanções a(s) parte(s) negligente(s).

§ 3º Nos casos em que envolve-se a readaptação funcional compulsória, deverá a chefia imediata requerer a reavaliação do servidor readaptado junto a junta médica oficial, observando-se o prazo de até 30 (trinta) dias antes do término do período readaptativo.

§ 4º Na ocasião a qual refere-se o § 3º deste artigo, deverá o servidor readaptado de forma compulsória providenciar a entrega dos documentos comprobatórios junto a perícia médica.

§ 5º Nos casos em que a readaptação funcional, seja ela compulsória ou não, for inferior a 60 (sessenta) dias, considerar-se-á o prazo para requerimento da prorrogação de 15 (dez) dias antes do término de sua vigência.

**Art. 17.** Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 18.** Ficam revogadas as disposições em contrário.

## **ROL DE ANEXOS**

**ANEXO I** - Requerimento - Readaptação Funcional

**ANEXO II** - Requerimento - Readaptação Funcional Compulsória

**ANEXO III** - Ficha de Acompanhamento Individual

**ANEXO IV** - Termo de ciência do período de readaptação do servidor

**ANEXO V** - Apresentação de documentação comprobatória de tratamento

**ANEXO VI** - Requerimento de renovação - Readaptação Funcional

**ANEXO VII** - Requerimento de renovação - Readaptação Funcional Compulsória

Brusque, novembro de 2024

ALLAN DOS SANTOS  
COSTA:11184874948

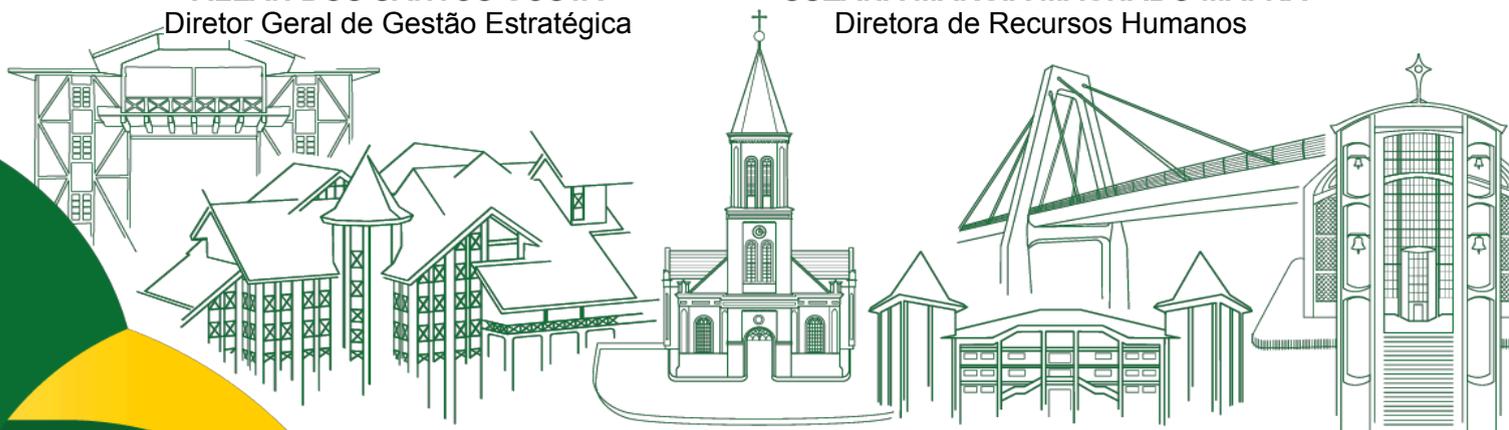
Assinado de forma digital por  
ALLAN DOS SANTOS  
COSTA:11184874948  
Dados: 2024.11.18 14:19:04 -03'00'

gov.br

Documento assinado digitalmente  
SUZANA MARCIA MACHADO MAFRA  
Data: 18/11/2024 14:16:04-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

**ALLAN DOS SANTOS COSTA**  
Diretor Geral de Gestão Estratégica

**SUZANA MARCIA MACHADO MAFRA**  
Diretora de Recursos Humanos



## ANEXO I

### Requerimento para Readaptação Funcional

**De (Nome do requerente)**

**A Comissão Interna de Readaptações e Licenças (CIRELI)**

Eu, [Nome Completo do Servidor], matrícula nº [Número da Matrícula], ocupando o cargo de [Cargo do Servidor], no(a) [Secretaria/Instituto/Fundação] venho por meio deste requerer a Readaptação Funcional, conforme estipulado no Art. 8 e Art. 9 da Instrução Normativa nº 004/2024.

**Motivo da Solicitação:**

*(Descrever a limitação física ou mental do servidor, como identificada em inspeção médica, e a necessidade de readaptação funcional.)*

---

---

---

---

---

**Documentos Anexados:**

*(Listar quaisquer documentos, relatórios ou evidências adicionais anexadas a esta ficha que apoiam o requerimento do servidor. Exemplo:*

- *Atestado Médico Original e Legível:*
- *Exames Comprobatórios*
- *Cópia da Receita Médica ou Prescrição de Medicação [Quando houver]*
- *Relatório de Acompanhamento dos Tratamentos Realizados)*

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

- Documentação Complementar ( ) Sim ( ) Não

*(Registros de tratamentos anteriores; Recomendações de reabilitação profissional; e/ou outras evidências que corroboram a necessidade de readaptação)*

---

---

**Solicitação de Avaliação por Junta Médica Oficial:**

Haja vista os fatos apresentados, solicito que minha situação seja avaliada por uma junta médica oficial, conforme requerido pelo procedimento, para validar e detalhar a extensão de minhas limitações e recomendar a readaptação apropriada.

**Declaração:**

Declaro que as informações apresentadas neste requerimento são verdadeiras e assumo total responsabilidade por elas. Compreendo que a readaptação funcional é destinada a acomodar as limitações indicadas, permitindo-me continuar contribuindo efetivamente para o serviço público.

Local e Data:

[Assinatura do Servidor]

[Assinatura]



## ANEXO II

### Requerimento para Readaptação Funcional Compulsória

**De (Nome do requerente)**

**A Comissão Interna de Readaptações e Licenças (CIRELI)**

Eu, [Nome da Chefia Imediata], no cargo de [Cargo da Chefia Imediata], representando o departamento/setor de [Nome do Departamento/Setor], venho por meio deste requerer a Readaptação Funcional Compulsória para o servidor [Nome Completo do Servidor], matrícula nº [Número da Matrícula], de acordo com o Art. 8 e Art. 9 da Instrução Normativa nº 004/2024, haja vista os fatos apontados neste requerimento.

**Dados do Servidor:** *(Servidor a ser readaptado)*

|                     |            |
|---------------------|------------|
| Nome do Servidor:   |            |
| Departamento/Setor: | Matrícula: |

**Motivo da Solicitação:**

*(Descrever a limitação física ou mental do servidor observada, bem como a necessidade de avaliação/inspeção médica visando averiguar a necessidade de readaptação funcional.)*

---

---

---

---

---

**Solicitação de Avaliação por Junta Médica Oficial:**

Haja vista os fatos apresentados, solicito que a situação seja avaliada por uma junta médica oficial, conforme requerido pelo procedimento, para validar e detalhar a extensão das limitações e recomendar a readaptação apropriada.

**Declaração:**

Declaro que as informações apresentadas neste requerimento são verdadeiras e assumo total responsabilidade por elas. Solicito a avaliação deste pedido pela junta médica oficial da Prefeitura



de Brusque para a confirmação da condição do servidor e a subsequente readaptação funcional compulsória.

Local e Data:

[Assinatura da Chefia Imediata]

[Nome da Chefia Imediata]



### ANEXO III

#### Ficha de Acompanhamento Individual

##### Informações Gerais:

|                                |                       |
|--------------------------------|-----------------------|
| Nome do Servidor:              |                       |
| Departamento/Setor:            | Matrícula:            |
| Cargo Original:                | Cargo Readaptado:     |
| Data de Início da Readaptação: | Período de Avaliação: |

##### Supervisão e Controle:

|                          |        |
|--------------------------|--------|
| Nome da Chefia Imediata: |        |
| Departamento/Setor:      | Cargo: |

##### Atividades Desenvolvidas no Período:

*(Descrever as atividades desenvolvidas pelo servidor durante o período de avaliação. Incluir detalhes específicos das tarefas e quaisquer outras responsabilidades assumidas no cargo de readaptação)*

---

---

---

---

##### Documentos Anexos:

*(Listar quaisquer documentos, relatórios ou evidências adicionais anexadas a esta ficha que apoiam a avaliação do servidor readaptado)*

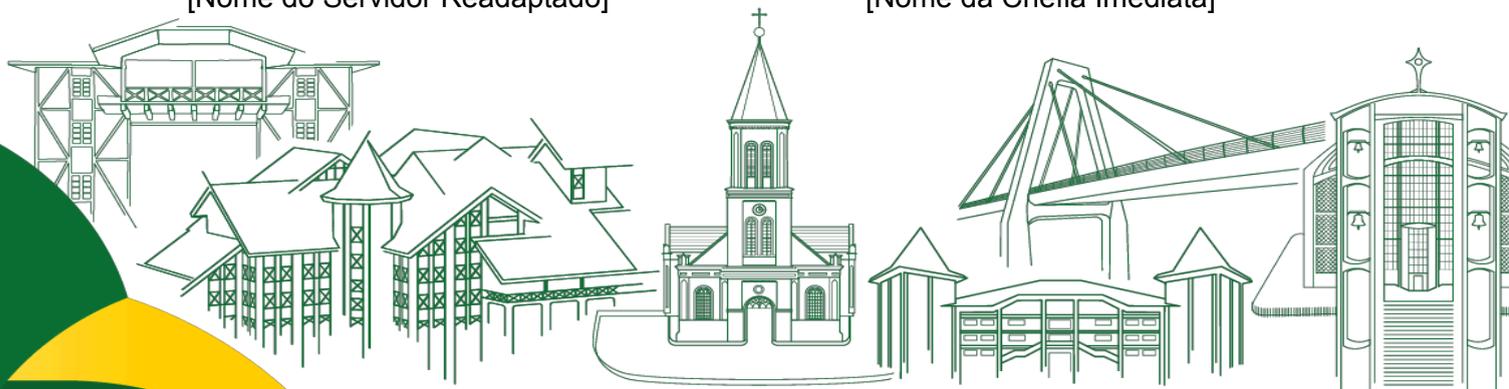
1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

Declaro para os devidos fins que as informações prestadas são verdadeiras e assumo total responsabilidade pelas mesmas.

Local e Data

[Assinatura do Servidor]  
[Nome do Servidor Readaptado]

[Assinatura da Chefia Imediata]  
[Nome da Chefia Imediata]



## ANEXO IV

### Termo de Ciência do Período de Readaptação do Servidor

|                     |        |
|---------------------|--------|
| Nome:               |        |
| Departamento/Setor: | Cargo: |

A readaptação foi concedida até a data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A portaria poderá ser consultada no Diário Oficial dos Municípios no link a seguir.

<https://www.diariomunicipal.sc.gov.br/>

Em caso de necessidade de prorrogação da readaptação deverá ser respeitada as datas a seguir para novo agendamento:

Data inicial para agendamento de nova perícia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data final \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local e Data

[Assinatura do Servidor]

[Nome de Servidor]



## ANEXO V

### Apresentação de Documentação Comprobatória de Tratamento

De (Nome do requerente)

A Comissão Interna de Readaptações e Licenças (CIRELI)

Eu, [Nome Completo do Servidor], matrícula nº [Número da Matrícula], atualmente em posição de readaptação funcional, no cargo [Cargo] conforme as disposições legais vigentes, venho por meio deste apresentar a documentação comprobatória mensal referente ao tratamento médico que estou realizando, mediante o(s) seguinte(s) anexo(s):

#### Cópias de Notas Fiscais e Cupons Fiscais:

*(Listar medicamentos adquiridos, incluindo data de compra e nome do estabelecimento.)*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

#### Declarações de Comparecimento:

*(Listar declarações de comparecimento a consulta(s) médica(s), realização de exame(s) e/ou participação em tratamento(s), especificando data, além de nome da clínica, laboratório ou hospital)*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

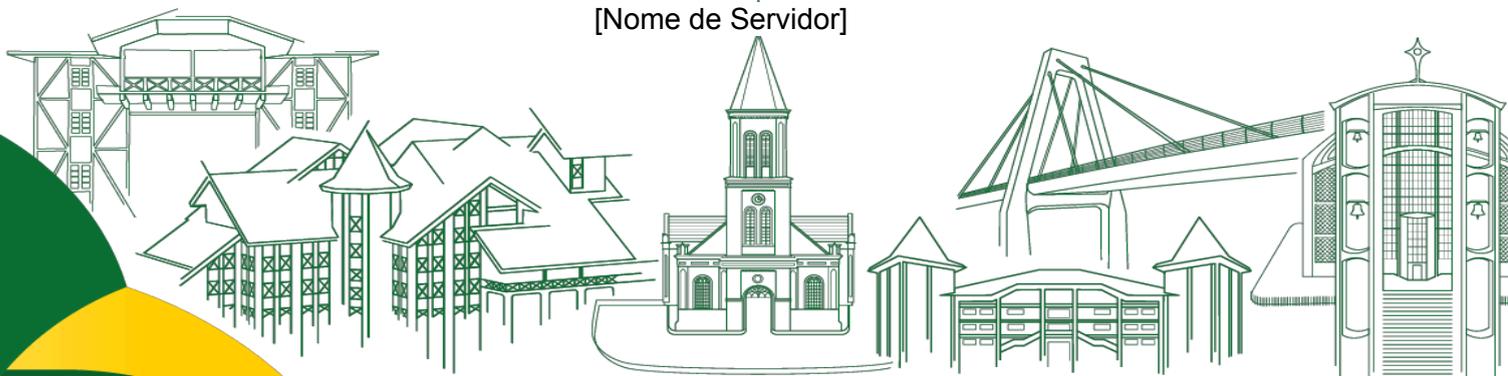
#### Compromisso de Continuidade de Tratamento:

Declaro que continuo cumprindo integralmente o tratamento prescrito, conforme as orientações da junta médica oficial ou do profissional de saúde responsável pelo meu caso. Comprometo-me a manter a regularidade dos tratamentos prescritos e a apresentar mensalmente esta documentação.

Local e Data:

[Assinatura do Servidor]

[Nome de Servidor]



## ANEXO VI

### Requerimento de Prorrogação de Readaptação Funcional

**De (Nome do requerente)**

**A Comissão Interna de Readaptações e Licenças (CIRELI)**

Eu, [Nome Completo do Servidor], matrícula nº [Número da Matrícula], ocupando o cargo de [Cargo do Servidor], atualmente em regime de readaptação funcional, cuja vigência encerra em [especificar data de encerramento] venho respeitosamente requerer a prorrogação de minha readaptação funcional por [especificar período] adicional, conforme estipulado no Art. 19 da Instrução Normativa nº 004/2024.

#### Documentos Anexados:

Listar documentos anexados ao pedido de prorrogação de readaptação funcional. Exemplo:

- *Atestado Médico Original e Legível:*
- *Exames Comprobatórios*
- *Cópia da Receita Médica ou Prescrição de Medicação [Quando houver]*
- *Relatório de Acompanhamento dos Tratamentos Realizados)*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

#### Compromisso:

Comprometo-me a cumprir todas as determinações da junta médica oficial e a apresentar quaisquer documentos adicionais, exames ou avaliações que sejam requeridos para a avaliação de minha condição e a validação da prorrogação solicitada.

Solicito que este requerimento seja encaminhado à junta médica oficial para as devidas avaliações e espero que a prorrogação seja aprovada para que eu possa continuar contribuindo efetivamente para o serviço público, respeitando as limitações que minha condição de saúde impõe.

Local e Data:

[Assinatura do Servidor]

[Nome de Servidor]



## ANEXO VII

### Requerimento de Prorrogação de Readaptação Funcional Compulsória

De (Nome do requerente)

A Comissão Interna de Readaptações e Licenças (CIRELI)

Eu, [Nome da Chefia Imediata], no cargo de [Cargo da Chefia Imediata], representando o departamento/setor de [Nome do Departamento/Setor], venho por meio deste requerer a prorrogação da readaptação funcional compulsória para o servidor [Nome Completo do Servidor], matrícula nº [Número da Matrícula], cujo período de readaptação está próximo do término.

**Dados do Servidor:** (Servidor a ser readaptado)

|  |                          |
|--|--------------------------|
| <b>Nome do Servidor:</b>               |                          |
| <b>Departamento/Setor Atual:</b>       | <b>Matrícula:</b>        |
| <b>Data de Término da Readaptação:</b> | <b>Cargo Readaptado:</b> |

#### Documentos Anexados:

Listar quaisquer documentos anexados ao pedido de prorrogação de readaptação funcional compulsória.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

#### Solicitação de Reavaliação pela Junta Médica Oficial:

Conforme exigido, solicito que este requerimento seja encaminhado à junta médica oficial para reavaliação da condição do servidor e a subsequente prorrogação da readaptação funcional compulsória.

#### Declaração de Responsabilidade:

Declaro que as informações apresentadas neste requerimento são verdadeiras e assumo total responsabilidade por elas. Comprometo-me a garantir que todos os relatórios de acompanhamento estejam devidamente preenchidos e assinados, conforme os procedimentos regulamentares.

Local e Data:

[Assinatura da chefia imediata]

[Nome da chefia imediata]

