

FORMULÁRIO MÉDICO 1

SOLICITAÇÃO DE READAPTAÇÃO FUNCIONAL

Finalidade: este formulário tem por objetivo fornecer subsídios para a avaliação de Readaptação Funcional, seu deferimento ou indeferimento, bem como os teores dos laudos, se for o caso.

Competência da COGESS: a decisão final sobre a concessão ou não do benefício, bem como dos teores do laudo, é de competência da COGESS, conforme disposto no Decreto Municipal nº 64.014/2025.

Importância das informações: as informações aqui solicitadas são muito importantes para a melhor análise do caso.

Orientação de preenchimento: o item 1 deve ser preenchido pelo servidor ou por sua unidade de Recursos Humanos. Os itens 2, 3 e 4 devem ser preenchidos pelo médico assistencial de escolha do paciente/servidor, seja ele pertencente à rede pública, privada ou particular de saúde.

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO PACIENTE/SERVIDOR OU UNIDADE DE RECURSOS HUMANOS

1. Dados do paciente — todos os campos obrigatórios

Nome:			
RF:		Data de nascimento:	___/___/_____
CPF:		Telefone:	

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO PROFISSIONAL MÉDICO

2. Diagnóstico(s) — preenchimento obrigatório

CID-10	CID/ Diagnóstico
Principal:	
Secundários:	

3. Limitações atuais — preenchimento obrigatório

☐ Auditiva ☐ Física ☐ Intelectual ☐ Mental ☐ Visual ☐ Não apresenta limitações
--

4. Relatório do caso — preenchimento obrigatório dos campos 4.1 a 4.5

4.1 Data do início da patologia/agravo:
4.2 Medicamentos utilizados no momento, bem como as dosagens:
4.3 Outros tratamentos, além dos medicamentos, instituídos no momento, se houver (ex.: fisioterapia, fonoterapia, psicoterapia etc.):

4.4 Sintomatologia ou achados clínicos e/ou psíquicos no momento:
4.5 Limitações para atividades da vida diária apresentadas pelo paciente no momento:
4.6 Outras informações relevantes (não obrigatório):

Data de emissão	Assinatura do(a) médico(a) e carimbo com nome e CRM legíveis ou assinatura digital
___/___/___	

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO SERVIDOR SOLICITANTE

Autorizo a divulgação das informações e dos comprometimentos descritos acima para fins de instrução de meu pedido de Readaptação Funcional junto à COGESS.

Data	Assinatura do servidor solicitante
___/___/___	