**Requerimento de Readaptação Funcional/Restrição de Função por redução de capacidade laboral**

*(Fundamentação legal: art. 24 da Lei nº 8.112, de 1990)*

À Coordenação de Gestão de Pessoas:

Eu, ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Matrícula SIAPE nº \_\_\_ venho por meio deste, requerer a abertura de processo para fins de avaliação em perícia médica de **readaptação funcional/ restrição de função,** atestadas pelo médico assistente na data de  \_/\_  /   , conforme atestado e exames complementares em anexo.

**Observações:**

1. Deverá ser incluído no processo, pela Gestão de Pessoas, a lista de atribuições do cargo do servidor.
2. Também deverão ser incluídos atestado de médico assistente que informe as limitações do servidor, bem como exames complementares, se necessários.
3. Avaliação da Junta Médica ocorrerá, preferencialmente, com a utilização do recurso de videoconferência (o servidor deverá apresentar termo de ciência assinado à junta médica).

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  , de de .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Servidor/Requerente