

Anexo 10
Requerimento de Readaptação Funcional/Restrição de Função

Cód. CONARQ – 023.11	Cód.: 010	ANO: 17	Versão: 01	Data: 08/09/2017
----------------------	-----------	---------	------------	------------------

À Direção Geral de Gestão de Pessoas:

Eu, _____
Matrícula SIAPE nº _____, venho por meio deste, requerer a abertura de processo administrativo para avaliação em perícia médica, para fins de **retorno ao trabalho com restrições** do servidor _____,
Matrícula SIAPE nº _____, atestadas pelo médico assistente na data de ___/___/___,
conforme atestado e exames em anexo.

Nestes termos, pede deferimento.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente

Ciência do Servidor