**ILUSTRÍSSIMO SENHOR DIRETOR TÉCNICO DE SAÚDE III DO DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS**

**MÉDICAS DO ESTADO**

# Eu , portador do R.G. , CPF nº

, RS/PV nº , data de nascimento: , residente e domiciliado no endereço: , Complemento , Bairro: , Município: , CEP , Cargo Função/Atividade , Secretaria do Estado da Saúde, venho por intermédio do presente solicitar agendamento de perícia médica para fins de readaptação funcional.

Seguem anexos os documentos obrigatórios para a devida apreciação:

- Relatório médico completo e atualizado

São Paulo,

(Assinatura do Requerente)

Obs.: O pedido deve ser encaminhado pela chefia imediata do servidor

Legislação:

Resolução SPG-15, de 11-4-2017, publicada no Diário Oficial de 13/04/17

'Artigo 2º – A readaptação de que trata o artigo anterior desta Resolução poderá ser proposta exclusivamente:

1. – pelo Departamento de Perícias Médicas do Estado - DPME;
2. – pelo responsável pela Unidade de classificação do servidor pertencente aos quadros das Secretarias de Estado ... '.

Para tanto, a chefia imediata do servidor deverá encaminhar ao respectivo RH, Ofício endereçado ao Departamento de Perícias Médicas do Estado – DPME,solicitando a realização de perícia médica para fins de estudo de readaptação funcional, devidamente justificada por:

1. rol de atribuições do cargo do servidor;
2. relatório sobre o ambiente físico de trabalho do servidor, descrevendo as condições que impossibilitam o exercício do cargo, se for o caso;
3. relatório médico detalhado, conforme modelo abaixo, e, se for o caso, exames médicos complementares.

Parágrafo único – Os pedidos que não atenderem ao disposto na resolução serão indeferidos de plano pela Equipe Técnica de Readaptação do DPME

ANEXO: Modelo de Relatório do Médico Assistente

Nome do Paciente: RG: CPF:

1. – Diagnóstico (CID-10):
2. – Data de início da doença:
3. – Limitações (Física e/ou Psíquica):
4. – Exames Subsidiários (Resultados):
5. – Tratamento (Pregresso e Atual):
6. – Evolução:

7–Prognóstico:

(Município), de de 20

Assinatura e Carimbo do Médico Ciente e de Acordo: ––––––––––––––– Assinatura do Solicitante

Obs.: As informações acima fornecidas deverão obedecer aos preceitos da Ética Médica.