



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS**  
**DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR**  
**COORDENADORIA SETORIAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO**

## RELATÓRIO MÉDICO

SERVIDOR :

MATRÍCULA :

ENDEREÇO:

TELEFONE PARA CONTATO :

LOCAL DE TRABALHO :

Prezado(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_

O(a) servidor(a) acima citado(a), portador(a) de afecção, que está sendo acompanhado(a) em sua clínica, vem sendo investigado(a) em nossos serviços sob o ponto de vista de saúde ocupacional, para adequação das suas funções à sua capacidade funcional.

Solicitamos o obséquio de responder o questionário abaixo para que possamos utilizá-lo em nossa avaliação.

Estamos à disposição para maiores esclarecimentos.

\_\_\_\_\_  
NOME E CRM DO MÉDICO SOLICITANTE

1. QUAL É A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA?

2. CID?

3. QUANDO O TRATAMENTO FOI INICIADO?

4. QUAL É O TRATAMENTO QUE VEM SENDO MINISTRADO?

5. QUAL É A EVOLUÇÃO DO QUADRO?

6. DISCRIMINAR QUAIS MOVIMENTOS, POSTURAS OU SITUAÇÕES QUE DEVEM SER EVITADAS. POR QUÊ?

7. CARÁTER DAS LIMITAÇÕES:  DEFINITIVO  TEMPORÁRIO

8. NO CASO DE LIMITAÇÃO TEMPORÁRIA, QUAL A DURAÇÃO PREVISTA?

MÉDICO:

ESPECIALIDADE:

ENDEREÇO:

FONE:

DATA: