



Secretaria de Gestão de Pessoas

ENCAMINHAMENTO AO IPREVILLE

Nome Servidor(a):			
DN: / /	Sexo:	Data Admissão:	Matricula:
Endereço:			Fone:
Função/Cargo:			
Remanejado (☐) SIM (☐) NÃO Data:			
Qual Função? _____			
Readaptado (☐) SIM (☐) NÃO Data:			
Qual Função? _____			
Lotação:		Local de Trabalho:	
Data Início Licença Tratamento de Saúde:			
Diagnóstico da doença que gerou a incapacidade:			
CID(Código):			
Submetido a Junta Médica Oficial? (☐)SIM (☐)NÃO Data:			
Composição da Junta:			
Anexos (☐)SIM (☐)NÃO			
Doença Profissional? (☐)SIM (☒)NÃO			
Qual?			
Documentos anexos? (☐)SIM (☐)NÃO			
Quais?			
Justificativa do Encaminhamento:			

Médico(a) Perito(a)

Data: __/__/__