**ANEXO VII**

**Requerimento de Prorrogação de Readaptação Funcional Compulsória**

**De (Nome do requerente)**

**A Comissão Interna de Readaptações (CIRE)**

Eu, [Nome da Chefia Imediata], no cargo de [Cargo da Chefia Imediata], representando o departamento/setor de [Nome do Departamento/Setor], venho por meio deste requerer a prorrogação da readaptação funcional compulsória para o servidor [Nome Completo do Servidor], matrícula nº [Número da Matrícula], cujo período de readaptação está próximo do término.

**Dados do Servidor: (Servidor a ser readaptado)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do Servidor:** | |
| **Departamento/Setor Atual:** | **Matrícula:** |
| **Data de Término da Readaptação:** | **Cargo Readaptado:** |

**Documentos Anexados:**

Listar quaisquer documentos anexados ao pedido de prorrogação de readaptação funcional compulsória.

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Solicitação de Reavaliação pela Junta Médica Oficial:**

Conforme exigido, solicito que este requerimento seja encaminhado à junta médica oficial para reavaliação da condição do servidor e a subsequente prorrogação da readaptação funcional compulsória.

**Declaração de Responsabilidade:**

Declaro que as informações apresentadas neste requerimento são verdadeiras e assumo total responsabilidade por elas. Comprometo-me a garantir que todos os relatórios de acompanhamento estejam devidamente preenchidos e assinados, conforme os procedimentos regulamentares.

**Local e Data:**

**[Assinatura da chefia imediata]**

**[Nome da chefia imediata]**