**ANEXO I**

**Requerimento para Readaptação Funcional**

**De (Nome do requerente)**

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

Eu, [Nome Completo do Servidor], matrícula nº [Número da Matrícula], ocupando o cargo de [Cargo do Servidor], no(a) [Secretaria/Instituto/] venho por meio deste requerer a Readaptação Funcional, conforme estipulado no Art. 8 e Art. 9 da Instrução Normativa nº 001/2025.

**Motivo da Solicitação:**

*(Descrever a limitação física ou mental do servidor, como identificada em inspeção médica, e a necessidade de readaptação funcional.)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Documentos Anexados:**

*(Listar quaisquer documentos, relatórios ou evidências adicionais anexadas a esta ficha que apoiam o requerimento do servidor. Exemplo:*

*● Atestado Médico Original e Legível:*

*● Exames Comprobatórios*

*● Cópia da Receita Médica ou Prescrição de Medicação [Quando houver]*

*● Relatório de Acompanhamento dos Tratamentos Realizados)*

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

● Documentação Complementar ( ) Sim ( ) Não

*(Registros de tratamentos anteriores; Recomendações de reabilitação profissional; e/ou outras evidências que corroboram a necessidade de readaptação)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Solicitação de Avaliação por Junta Médica Oficial:**

Haja vista os fatos apresentados, solicito que minha situação seja avaliada por uma junta médica oficial, conforme requerido pelo procedimento, para validar e detalhar a extensão de minhas limitações e recomendar a readaptação apropriada.

**Declaração:**

Declaro que as informações apresentadas neste requerimento são verdadeiras e assumo total responsabilidade por elas. Compreendo que a readaptação funcional é destinada a acomodar as limitações indicadas, permitindo-me continuar contribuindo efetivamente para o serviço público.

Local e Data:

[Assinatura do Servidor]

[Assinatura]