**ANEXO II**

**Requerimento para Readaptação Funcional Compulsória**

**De (Nome do requerente)**

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

Eu, [Nome da Chefia Imediata], no cargo de [Cargo da Chefia Imediata], representando a Secretaria de [Nome da Secretaria], venho por meio deste requerer a Readaptação Funcional Compulsória para o servidor [Nome Completo do Servidor], matrícula nº [Número da Matrícula], de acordo com o Art. 8º e Art. 9º da Instrução Normativa nº 001/2025, haja vista os fatos apontados neste requerimento.

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

|  |
| --- |
| **Nome do Servidor:** |
| **Departamento/Setor:** | **Matrícula:** |

**Motivo da Solicitação:**

*(Descrever a limitação física ou mental do servidor observada, bem como a necessidade de*

*avaliação/inspeção médica visando averiguar a necessidade de readaptação funcional.)*

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

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

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

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

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

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

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

**Declaração:**

Declaro que as informações apresentadas neste requerimento são verdadeiras e assumo total responsabilidade por elas. Solicito a avaliação deste pedido pela junta médica oficial da Prefeitura de Miracema para a confirmação da condição do servidor e a subsequente readaptação funcional compulsória.

Local e Data:

[Assinatura da Chefia Imediata]

[Nome da Chefia Imediata]