

Requerimento de Readaptação Funcional:

Nome:

CPF: Telefone:

Matrículas: e

Cargos: e

Secretaria:

Lotação:

Solicito a avaliação de minha capacidade laborativa para exercício do(s) cargo(s) no(s) qual(is) estou investido, considerando as seguintes limitações, conforme laudo médico apresentado:

Data de Início das limitações: .

Informo estar ciente das informações contidas no Estatuto do Servidor Público Municipal, Lei Complementar nº 09/1992 e no Decreto Municipal nº 17000/2025.

Divinópolis, data da assinatura.

(assinatura digital do servidor)