



DIRETORIA-EXECUTIVA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR  
GERÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR  
COORDENAÇÃO PSICOSSOCIAL

**SOLICITAÇÃO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL**  
**FORMULÁRIO A SER PREENCHIDO PELO SERVIDOR INTERESSADO**

(revisão Maio/2024)

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )Masc. ( )Fem.

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grau de Escolaridade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**DADOS FUNCIONAIS**

Data de Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tempo restante para aposentadoria: \_\_\_\_\_

Atividades/funções exercidas atualmente:

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

Tempo de exercício nas atividades atuais: \_\_\_\_\_

Atividades/funções exercidas durante o tempo de serviço público estadual:

1) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tempo na atividade: \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tempo na atividade: \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tempo na atividade: \_\_\_\_\_

Outras atividades/Tempo nas atividades:

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



DIRETORIA-EXECUTIVA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR  
GERÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR  
COORDENAÇÃO PSICOSSOCIAL

**JUSTIFICATIVA**

Qual a motivação da solicitação de reabilitação profissional:

---

---

---

---

---

Quais os tratamentos realizados no momento:

---

---

---

---

**OUTRAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS**

Trabalha em outro local? ( ) sim ( ) não

Local: \_\_\_\_\_

Atividades: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tempo de serviço: \_\_\_\_\_ Carga horária: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

ORIENTAÇÕES AO SERVIDOR:	
Documentos necessários (disponíveis em <a href="http://www.goias.gov.br/administracao/formularios">www.goias.gov.br/administracao/formularios</a> ): <ul style="list-style-type: none"><li>Relatório médico para solicitação de reabilitação profissional.</li><li>Formulário a ser preenchido pelo responsável do departamento de recursos humanos.</li><li>Formulário a ser preenchido pela chefia imediata.</li><li>Requerimento a ser preenchido pelo servidor (este)</li><li>Exames e outros documentos médicos (se houver)</li></ul>	Procedimentos: <ul style="list-style-type: none"><li>Autuar processo com toda a documentação no RH.</li><li>Agendar perícia via teleatendimento (3201-6800).</li><li>Comparecer no dia e horário agendados.</li><li>Apresentar documento de identificação com foto no dia da perícia.</li><li>Atestados/relatórios médicos devem estar datados, assinados e carimbados.</li></ul>