



**SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÃO DA CHEFIA PARA FINS DE READAPTAÇÃO**  
(Processo de Readaptação de Função – Formulário a ser preenchido pelo Chefe Imediato)

**DADOS FUNCIONAIS:**

NOME:	
CPF:	MATRÍCULA:
CARGO / FUNÇÃO:	
UNIDADE DE LOTAÇÃO:	
TELEFONE / CELULAR:	
E-MAIL:	
DESTINATÁRIO:	<b>NÚCLEO DE MEDICINA DO TRABALHO (PERÍCIA)</b>
DESCREVA DETALHADAMENTE, DENTRE AS FUNÇÕES DO CARGO DO SERVIDOR, QUAIS ÀS ATIVIDADES DESEMPENHA ATUALMENTE: _____ _____ _____	

**Em relação ao desempenho e produtividade do Servidor no trabalho, assinale:**

Até este momento, tem desempenhado suas atividades normalmente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Como é a produção profissional?	<input type="checkbox"/> Eficiente <input type="checkbox"/> Deficiente
Tem conhecimento de alguma doença que o acomete?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Apresenta dificuldades para exercer suas atividades?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Esta dificuldade está relacionada à doença?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Esta dificuldade está relacionada à resistência ao trabalho ou indisciplina?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Considera o comportamento do servidor, no trabalho, dentro da normalidade?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Comete e/ou cometeu atos de indisciplina no trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

**Em relação à vida funcional do Servidor, assinale?**

Está readaptado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Caso esteja readaptado, sua produtividade na nova função pode ser considerada:	<input type="checkbox"/> Eficiente <input type="checkbox"/> Deficiente
É de seu conhecimento se já esteve readaptado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Demonstra interesse em retornar a função inicial	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
É de seu conhecimento que se submete a tratamentos médicos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Assiduidade	<input type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim

**Identificação da Chefia Imediata**

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
Local de Exercício: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

**Para mais informações: 3902 – 2553**