**FORMULÁRIO: PARECER DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE COMPATIBILIDADE DE ATIVIDADES DE READAPTAÇÃO FUNCIONAL**

O presente documento visa analisar e validar as atividades designadas ao servidor readaptado, em consonância com as restrições descritas no laudo de readaptação, considerando o **Decreto Municipal Nº 64.014/2025**.

* **CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO PACIENTE/SERVIDOR OU UNIDADE DE RECURSOS HUMANOS** (item 1)

1. **– DADOS DO SERVIDOR –** todos os campos obrigatórios

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | |
| RF: | Data de Nascimento: / / |
| CPF: | Telefone: |

* **CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE COMPATIBILIDADE DE ATIVIDADES DE READAPTAÇÃO FUNCIONAL – INSTITUÍDA PELA SECRETARIA** (itens 2, 3, 4 e 5)

1. **– COMPOSIÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO –** todos os campos obrigatórios

|  |  |
| --- | --- |
| MEMBRO A: | |
| RF: | CARGO: |
| MEMBRO B: | |
| RF: | CARGO: |
| MEMBRO C: | |
| RF: | CARGO: |
| MEMBRO D (FACULTATIVO): | |
| RF: | CARGO: |

1. **– RELATÓRIO DAS ATIVIDADES –** preenchimento obrigatório

Descrição detalhada das atividades a serem realizadas pelo servidor durante o período de readaptação, de sua ambiência e tempo de exposição, bem como as condições de acessibilidade:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **– OUTRAS OBSERVAÇÕES E COMENTÁRIO DA COMISSÃO –** preenchimento obrigatório

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **– HOUVE RECOMENTAÇÃO DE MOVIMENTAÇÃO DO SERVIDOR READAPTADO – UMA VEZ IDENTIFICADA A INVIABILIDADE DA ATRIBUIÇÃO DE TAREFAS NA UNIDADE ATUAL DE TRABALHO –** preenchimento obrigatório

|  |  |
| --- | --- |
|  | [ ] NÃO HOUVE [ ] RECOMENDADO REMANEJAMENTO DO POSTO DE TRABALHO [ ] RECOMENDADA MUDANÇA DE HORÁRIO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ATESTO, para os devidos fins, a veracidade das informações e dos descritos acima em \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**  ASSINATURA MEMBRO A) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASSINATURA MEMBRO B) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASSINATURA MEMBRO C) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \*ASSINATURA PODERÁ SER CONFERIDA ELETRONICAMENTE | | |
| Assinatura do(a) servidor  DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \*ASSINATURA PODERÁ SER CONFERIDA ELETRONICAMENTE |  | Assinatura da chefia  DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \*ASSINATURA PODERÁ SER CONFERIDA ELETRONICAMENTE |