

Gerência de Saúde e Prevenção – GESPRES

Processo de Readaptação de Função - Formulário a ser preenchido pelo **RH** do órgão de origem do Servidor.

Identificação do Servidor:	
Nome: _____	
CPF: _____	RG: _____
Data Nascimento: ____/____/____	Sexo: () M () F

Informações Funcionais:

Lotação:			
Cargo:			
Provimento:	() Efetivo () Comissionado () Outro/Descrever:		
Funções do Cargo:			
Funções/Atividades que desempenha:			
Data Admissão: / /	Tempo na função atual:	Carga horária:	
Tempo que falta para aposentadoria:	Proporcional: () ano(s) () mês(es)	Integral: () ano(s) () mês(es)	
Gozou Licenças:	() Prêmio () Interesse Particular	Períodos:	
Recebe Adicional	Insalubridade () sim () não	Periculosidade () sim () não	Se sim, desde? / /
Está ou esteve Readaptado? () sim () não		Períodos:	
Já sofreu algum acidente de trabalho? (se sim, anexe cópia da FRAT - Ficha de Registro de Acidente de Trabalho)		() sim () não	
Já gozou licença médica por moléstia ocupacional? (se sim, anexe cópia da FRAT - Ficha de Registro de Acidente de Trabalho)		() sim () não	

Para avaliação da solicitação de Readaptação de Função com vistas ao atendimento do art. 132 da Lei n.º 10.460/88.

Existe vaga em outras funções do cargo do Servidor para que possa ser readaptado? () sim () não
Descreva as atividades destas funções:

Identificação do Responsável pelo preenchimento:

Nome: _____ CPF: _____

Cargo: _____ Local de exercício: _____

Cidade: _____ Subsecretaria * : _____

Telefone: _____ e-mail: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

* Para Servidores lotados na Secretaria de Educação