



Município da Estância Balneária de Praia Grande
ESTADO DE SÃO PAULO

Seção de Segurança do Trabalho

Relatório sobre Readaptação/Restrição Temporária

Nome do servidor: _____ R.F. _____

Cargo: _____ Secretaria: SEDUC

Período: ____/____/____ até ____/____/____

Local de Trabalho: _____

Horário de Trabalho (Início e Término): _____

Descrição das atividades desenvolvidas: _____

Possui/utiliza EPI? () Não () Sim

Quais? _____

Outras observações: _____

RESTRIÇÃO:

Declaro ter recebido cópia da Inspeção Médica Nº ____/____ referente à
readaptação/restrrição temporária do(a) Servidor(a) acima citado(a) e estar ciente quanto as suas
limitações e orientações médicas.

CONCORDA ()

NÃO CONCORDA ()

CIÊNCIA DO(A) SERVIDOR (A)

Assinatura e carimbo
Chefia Imediata

Seção de Segurança do Trabalho

Praia Grande, ____ de _____ de _____.

*** CASO O (A) SERVIDOR (A) NÃO QUEIRA TOMAR CIÊNCIA, A CHEFIA IMEDIATA DEVE EMITIR COTA COM MANIFESTAÇÃO NO VERSO DESTA FOLHA.**

*** ESTE DOCUMENTO DEVE ESTAR PREENCHIDO EM ATÉ 07 (SETE) DIAS ÚTEIS.**