



## Seção de Segurança do Trabalho

### Relatório sobre Readaptação/Restrição Temporária

Nome do servidor: \_\_\_\_\_

R.F. \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Secretaria: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

Horário de Trabalho (Início e Término): \_\_\_\_\_

Descrição das atividades desenvolvidas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Possui/utiliza EPI? ( ) Não ( ) Sim

Quais? \_\_\_\_\_

Atividades realizadas com eficiência \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pontos a melhorar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Gabriel Marcelo F M dos Santos  
Seção de Segurança do Trabalho 36281

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.