



PROGRAMA DE REINserÇÃO FUNCIONAL
TERMO DE AJUSTE DE REDEFINIÇÃO DO POTENCIAL LABORAL

Campinas, de _____ de _____.

NOME DO SERVIDOR(A): _____

MATRÍCULA: _____

CARGO: _____

SECRETARIA: _____

O(a) servidor(a) acima mencionado está em acompanhamento no Programa de Reinsersção Funcional e deverá manter as seguintes restrições ocupacionais:

Estas restrições deverão ser cumpridas no local de trabalho, definido por esta equipe multiprofissional em comum acordo com a gestão da Secretaria de origem do servidor.

LOCAL DE TRABALHO: _____

DISTRIBUIÇÃO HORÁRIA DESCRITA A SEGUIR: _____

CONFORME PARECER
MÉDICO OCUPACIONAL
EMITIDO EM: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

CRM: _____

Resumo das atividades a serem desempenhadas:

Estas restrições têm validade até _____ quando o a servidora deverá retornar para continuidade do processo de avaliação.

É responsabilidade da chefia imediata o cumprimento do acordo laboral abaixo assinado:

ASSINATURA DA COORDENADORIA SETORIAL DE RELAÇÕES DE TRABALHO
E ACOMPANHAMENTO SOCIAL DO SERVIDOR

ASSINATURA DA CHEFIA IMEDIATA

ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA GESTÃO DE PESSOAS DA SECRETARIA

ASSINATURA DO SERVIDOR(A)