



## **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)