



DIRETORIA-EXECUTIVA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR  
GERÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR  
COORDENAÇÃO PSICOSSOCIAL

**SOLICITAÇÃO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL  
FORMULÁRIO A SER PREENCHIDO PELA CHEFIA IMEDIATA**

<b>IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)</b>	
Nome: _____	
CPF: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem.	Telefone: _____
<b>DADOS FUNCIONAIS</b>	
Lotação: _____	Cargo: _____
Local de exercício: _____	
Tempo de serviço neste posto de trabalho: _____	
Horário de trabalho: _____	

**RELATÓRIO DE DESEMPENHO FUNCIONAL (preenchido pela chefia imediata do(a) servidor(a))**

**Descreva as atividades que o(a) servidor(a) exerce atualmente?**

**Há quanto tempo as atividades supracitadas são exercidas pelo(a) servidor(a)?**

**Apresenta dificuldades na realização das atribuições atuais? Quais?**

**Em relação ao desempenho e produtividade no trabalho, o(a) servidor(a) logra êxito?**

**Quais as perspectivas de trabalho (setores e/ou atividades) onde o servidor poderá ser aproveitado?**

<b>Identificação da Chefia Imediata:</b>
Nome: _____
Telefone: _____ Email: _____
Data/Local: _____
Assinatura/Carimbo: _____