

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO DE INÍCIO DE READAPTAÇÃO



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNCISAL
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS - PROGESP
SUPERVISÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE E BEM-ESTAR - SASBEM
NÚCLEO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR - NAISST**

1 - Identificação do(a) servidor(a)

Nome: _____	
Sexo: M (<input type="checkbox"/>) F (<input type="checkbox"/>) Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____	
Endereço: _____	
_____ CEP: _____	
Telefone: _____ e-mail: _____	

2 - Informações Funcionais

Lotação:					
Cargo:					
Provimento: (<input type="checkbox"/>) Efetivo (<input type="checkbox"/>) Comissionado (<input type="checkbox"/>) Outro/Descrever: _____					
Funções do Cargo:					
Funções/Atividades que desempenha:					
Data da Admissão: ____/____/____					
Tempo na Função Atual:			Carga Horária:		
Risco Ocupacionais	FÍSICO	QUÍMICO	BIOLÓGICO	ERGONÔMICO	ACIDENTE
	Qual: Intensidade: Exposição:	Qual: Concentração: Exposição:	Descreva:	Descreva:	Descreva:
Tempo p/ aposentadoria:	Proporcional: (<input type="checkbox"/>) ano(s) (<input type="checkbox"/>) mês(es)			Integral: (<input type="checkbox"/>) ano(s) (<input type="checkbox"/>) mês(es)	
Recebe Adicional:	Insalubridade: (<input type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não		Periculosidade: (<input type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não		Desde: ____/____/____
Gozou Licenças:	(<input type="checkbox"/>) Prêmio (<input type="checkbox"/>) Interesse Particular			Períodos:	
Está ou esteve Readaptado? (<input type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não			Períodos:		
Já sofreu algum acidente de trabalho? (<input type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não					
Já gozou licença médica por doença ocupacional? (<input type="checkbox"/>) sim (<input type="checkbox"/>) não Qual(is):					

3 - Solicitação:

Via do presente, nos termos das legislações atuais e apresentando todos os documentos necessários, venho à SPMSO solicitar:

- Reabilitação
- Redução da Jornada de Trabalho
- Readaptação de Função
- Outros/descrever:

4 - Justificativa:

5 - Documentos e exames apresentados:

CID: _____

Data: ____/____/____

Assinatura