



FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DO  
READAPTADO

NGP

Nome: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_  
Unidade: \_\_\_\_\_ Setor de origem: \_\_\_\_\_  
Função/Cargo de origem: \_\_\_\_\_  
Setor em que está trabalhando durante a readaptação: \_\_\_\_\_  
Função durante a readaptação: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Regime de Trabalho: diarista  plantonista  Jornada de Trabalho: \_\_\_\_\_  
Data de início da readaptação \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
( ) 1ª. Readaptação ( ) Renovação.  
Se renovação, há quanto tempo mantém-se readaptado? \_\_\_\_\_

**PARTE 01 - SERVIDOR**

1 – Qual o motivo da sua readaptação?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2 – Quais as limitações causadas pela patologia?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3 - Já esteve afastado ou foi readaptado antes pelo mesmo motivo?

( ) NÃO ( ) SIM Quanto tempo?

( ) Outros Qual (s): \_\_\_\_\_ Quanto tempo? \_\_\_\_\_

4 – Possui outro vínculo empregatício além da UNCISAL?

( ) NÃO ( ) SIM Qual? \_\_\_\_\_ Quanto tempo? \_\_\_\_\_

Turno: \_\_\_\_\_

5 – Está em tratamento médico e /ou acompanhamento psicoterápico individual e/ou programa de reabilitação?

( ) NÃO ( ) SIM Qual(s) especialidade (s):

Em caso de negativo, justifique:



FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DO  
READAPTADO

NGP

---

---

---

6 - O seu horário tem se adequado de forma a conciliar sua permanência em exercício com o tratamento prescrito? ( ) Sim ( ) Não

8- Tem apresentado comprovantes de seu comparecimento ao SESMT/NAISST?  
( ) Sim ( ) Não

9 - Durante a readaptação atual, tem se afastado de suas funções por motivo de licença-saúde? ( ) Sim ( ) Não

10- Descreva suas atividades habituais na sua unidade de lotação:

---

---

---

11 – Tem se adequado ao rol de atividades que lhe foi designado?

( ) Sim ( ) Não Em caso de negativa, qual motivo?

---

---

---

12 – Você analisa que seu novo posto/ função de trabalho contribui positivamente para sua recuperação? ( ) Sim ( ) Não

Deseja acrescentar alguma consideração?

---

---

---

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do servidor



FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DO  
READAPTADO

NGP

PARTE 2 - CHEFIA IMEDIATA<sup>1</sup>

**ATENÇÃO!**

A avaliação do servidor deverá ser elaborada considerando o rol de atividades a ele conferido.

1 – O servidor readaptado está cumprindo o rol de atividades?

( ) Sim ( ) Não

Em caso de negativa, qual o motivo?

---

---

---

2 – O servidor readaptado mostra-se interessado nas novas atribuições?

( ) Sim ( ) Não

Em caso de negativa, qual o motivo

---

---

---

3 – O servidor está atendendo a expectativa do setor, dentro do seu rol de atividades? Marque o número:

( ) Sempre ( ) Na maioria das vezes ( ) Poucas vezes ( ) Nunca

---

---

---

4 – O servidor tem se afastado de suas funções para tratamento e/ou reabilitação em qual modalidade:

( ) Licença médica

( ) Afastamento para reabilitação (Consultas, Terapias).

Com que frequência? \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Modelo fornecido pelo NASS/SESAU/AL, com adaptações.



**FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO DO  
READAPTADO**

**NGP**

5 - O servidor tem seu horário adequado de forma a conciliar sua permanência em exercício com o tratamento prescrito?

( ) Sim ( ) Não

---

---

---

6 - O servidor tem apresentado comprovantes de seu comparecimento ao órgão de saúde onde realiza a reabilitação?

( ) Sim ( ) Não

---

---

---

7 - Deseja acrescentar alguma consideração?

---

---

---

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome legível do superior imediato do servidor

\_\_\_\_\_  
Assinatura do superior imediato

FORM.GPE.SAS.00

FORM.GPE.SAS.009