

**REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DE MATO GROSSO DO SUL - MSPREV**

Av. Mato Grosso, 5.778, CEP 79031-001 – Parque dos Poderes – Campo Grande

CNPJ 10.306.292/0001-49

Entre em contato: [www.ageprev.ms.gov.br](http://www.ageprev.ms.gov.br)



## AVALIAÇÃO DE READAPTAÇÃO PROFISSIONAL – v. 1.1

### Diretoria de Perícia Médica

#### AVALIAÇÃO DO SERVIDOR

PERÍODO DE READAPTAÇÃO

DATA INÍCIO                      DATA FIM  
/ /                      A                      / /

DESCREVER AS ATIVIDADES EXECUTADAS NA FUNÇÃO READAPTADA

HOUVE DIFICULDADES FÍSICAS NA FUNÇÃO READAPTADA?

SIM

NÃO

SE AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE-AS:

HOUVE DIFICULDADES EMOCIONAIS NA FUNÇÃO READAPTADA?

SIM

NÃO

SE AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE-AS:

HOUVE DIFICULDADES ADMINISTRATIVAS NA FUNÇÃO READAPTADA?

SIM

NÃO

SE AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE-AS:

OBSERVAÇÕES E/OU SUGESTÕES

### AVALIAÇÃO DA CHEFIA IMEDIATA

O SERVIDOR APRESENTOU DIFICULDADES FÍSICAS NA FUNÇÃO READAPTADA? SIM NÃO  
SE AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE-AS:

O SERVIDOR APRESENTOU DIFICULDADES EMOCIONAIS NA FUNÇÃO READAPTADA? SIM NÃO  
SE AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE-AS:

O SERVIDOR APRESENTOU DIFICULDADES ADMINISTRATIVAS NA FUNÇÃO READAPTADA? SIM NÃO  
SE AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE-AS:

OBSERVAÇÕES E/OU SUGESTÕES (Relatar os afastamentos do servidor readaptado (Ex.: Licença para Tratamento de Saúde, Licença para Tratamento de Pessoa da Família, Licença-Prêmio etc), bem como, outras considerações que julgar necessárias).

### ASSINATURA

**Servidor:**

Em, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura

**Chefia imediata:**

Em, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura e Carimbo