**AVALIAÇÃO DE CAPACIDADE LABORATIVA**

À Diretoria de Saúde e Qualidade de Vida – DSQV,

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DO SERVIDOR** | |
| NOME: | SIAPE: |
| CARGO: | LOTAÇÃO: |
| CONTATO: | CPF: |
| E-MAIL INSTITUCIONAL/OUTRO: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DA CHEFIA IMEDIATA DO SERVIDOR** | |
| NOME: | SIAPE: |
| E-MAIL INSTITUCIONAL: | RAMAL: |

**Procedimento:**

* Encaminhar este formulário via e-mail institucional para sua Unidade de Lotação para formalização do Processo Eletrônico via Sipac; e
* Original de laudo, atestado médico e exames complementares deverão ser entregues diretamente à DSQV no ato da perícia, não devendo compor o processo, tendo em vista o caráter sigiloso.

**Anexar:**

* Relato dos motivos que justificam o pedido da avaliação de capacidade laborativa (servidor);
* Descrição das atividades desenvolvidas pelo servidor (chefia imediata);
* Para docentes: Plano Individual de Trabalho- PIT atualizado;
* Para Técnicos: Descrição das atribuições do Cargo;

**Embasamento legal**: art. 24 da Lei nº 8.112, de 1990