**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