



SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E PREVIDÊNCIA  
DIVISÃO DE PERICIA MEDICA

SERVIÇO DE PSICOLOGIA

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DE AFASTAMENTO DE FUNÇÃO - **RAF**

DATA DE RECEBIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**I. IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Função cargo efetivo: \_\_\_\_\_ Função cargo atual: \_\_\_\_\_

Tempo de Serviço Efetivo no Estado: \_\_\_\_\_ Local de trabalho: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo trabalha neste local? \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_

**As informações serão mantidas em sigilo. Em caso de dúvidas no preenchimento deste formulário, favor entrar em contato com o Setor de Psicologia Fone: 3883 6302 no período da manhã.**

**II. NOME DA CHEFIA DO SERVIDOR:** \_\_\_\_\_

HA QUANTO TEMPO CONHECE O SERVIDOR? \_\_\_\_\_

**III. HÁ QUANTO TEMPO O SERVIDOR ESTÁ EM AFASTAMENTO DE FUNÇÃO?** \_\_\_\_\_

**IV. TEM CONHECIMENTO SE O SERVIDOR REALIZA NO MOMENTO ALGUM TRATAMENTO DE SAÚDE?**

Não  Sim  Médico  Psicológico

Se médico, identifique a especialidade: \_\_\_\_\_

Outros \_\_\_\_\_

HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ EM TRATAMENTO? \_\_\_\_\_

**V. QUAIS ATIVIDADES O SERVIDOR DESEMPENHA NA ATUAL FUNÇÃO?**

DESCREVA \_\_\_\_\_

**VI. NO DESEMPENHO DO SERVIDOR NA ATUAL FUNÇÃO, OBSERVA-SE:**

1. ORGANIZAÇÃO NO TRABALHO ( ) SIM ( ) NÃO
2. FLEXIBILIDADE NO ENFRENTAMENTO DE SITUAÇÕES NOVAS ( ) SIM ( ) NÃO
3. CONSEGUE ADMINISTRAR O TEMPO ( ) SIM ( ) NÃO
4. DEMONSTRA COMPROMETIMENTO NO TRABALHO ( ) SIM ( ) NÃO
5. APRESENTA FALTAS NO TRABALHO ( ) SIM ( ) NÃO
6. DEMONSTRA INTERESSE EM APRIMORAR SEU TRABALHO ( ) SIM ( ) NÃO
7. DEMONSTRA SATISFAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO
8. É PONTUAL ( ) SIM ( ) NÃO
9. QUEIXA-SE COM FREQUÊNCIA DE ALGUMA DIFICULDADE NO TRABALHO ( ) SIM ( ) NÃO QUAIS? \_\_\_\_\_
10. CONSEGUE CONCLUIR TAREFAS A SEREM DESEMPENHADAS ( ) SIM ( ) NÃO
11. DEMONSTRA IRRITABILIDADE COM COLEGAS OU TERCEIROS ( ) SIM ( ) NÃO
12. ISOLA-SE DOS COLEGAS ( ) SIM ( ) NÃO
13. APRESENTA QUEIXAS DE SAÚDE ( ) SIM ( ) NÃO QUAIS? \_\_\_\_\_
14. EXISTEM SINTOMAS QUE DIFICULTAM O DESEMPENHO DA FUNÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO QUAIS? \_\_\_\_\_
15. APRESENTA ATESTADOS DE ATÉ TRÊS DIAS FREQUENTEMENTE? ( ) SIM ( ) NÃO

VII. NA SUA OBSERVAÇÃO, EM RELAÇÃO AO DESEMPENHO DO SERVIDOR, VERIFICA NO MOMENTO, A AUSÊNCIA DE QUEIXAS E SINTOMAS QUE MOTIVARAM O AFASTAMENTO DE FUNÇÃO? ( ) SIM ( ) NÃO.

VIII. EM CASO AFIRMATIVO, CONSIDERA QUE A AUSÊNCIA DOS SINTOMAS FAVOREÇA O RETORNO A FUNÇÃO PARA A QUAL FOI EFETIVADO?

( ) SIM ( ) NÃO.

DESCREVA A RAZÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IX. O SERVIDOR MANIFESTOU O INTERESSE EM RETORNAR A FUNÇÃO PARA A QUAL FOI EFETIVADO?

( ) SIM ( ) NÃO.

DESCREVA A RAZÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

X. O SERVIDOR APRESENTA DIFICULDADES QUE IMPEDEM O DESEMPENHO DA ATUAL FUNÇÃO:

( ) SIM ( ) NÃO.

DESCREVA A RAZÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Declaro que as informações acima descritas foram por mim prestadas e correspondem a verdade.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura chefia do servidor  
Carimbo

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor