



**ANEXO I A QUE SE REFERE O DECRETO Nº 6.805/2012**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E PREVIDÊNCIA**  
**DIVISÃO DE MEDICINA E SAÚDE OCUPACIONAL – DIMS**  
**SERVIÇO DE PSICOLOGIA**

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DE AFASTAMENTO DE FUNÇÃO - **RAF Nº 1**

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

**I. IDENTIFICAÇÃO:**

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

Cargo: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ Tempo de Serviço Efetivo no Estado: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Há quanto tempo trabalha neste local? \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**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 63 02 no período da manhã.**

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

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

**III. QUAL FUNÇÃO O SERVIDOR DESEMPENHA ATUALMENTE?**

\_\_\_\_\_

**IV. HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ EM AFASTAMENTO DE FUNÇÃO?**

\_\_\_\_\_

**V. O SERVIDOR APRESENTA ATESTADOS DE ATÉ TRÊS DIAS FREQUENTEMENTE NA FUNÇÃO ATUAL?**

Sim  Não

**VI. DESCREVA AS ATIVIDADES DESEMPENHADAS PELO SERVIDOR:**

Atividades Anteriores:

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

Atividades Atuais:

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

**VII. O SERVIDOR APRESENTAVA SINTOMAS QUE DIFICULTAVAM O DESEMPENHO DA FUNÇÃO NA QUAL FOI EFETIVADO?**  Não  Sim

Quais: \_\_\_\_\_

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

**VIII. O SERVIDOR APRESENTA DIFICULDADES NO DESEMPENHO DA ATUAL FUNÇÃO?**

QUAIS? DESCREVA: \_\_\_\_\_

---

---

---

**IX. O SERVIDOR APRESENTA MELHORA EM SEU DESEMPENHO, RELACIONAMENTO E PRODUTIVIDADE NA FUNÇÃO ATUAL?**

---

---

---

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

Não

Sim

Médico

Psicológico

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

Outros \_\_\_\_\_

**XI. HÁ QUANTO TEMPO O SERVIDOR ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO?**

---

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

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

Assinatura chefia do servidor

Carimbo

Assinatura do Servidor

Entregue por: \_\_\_\_\_

Curitiba, \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_



SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E PREVIDÊNCIA  
DIVISÃO DE MEDICINA E SAÚDE OCUPACIONAL – DIMS

SERVIÇO DE PSICOLOGIA

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DE AFASTAMENTO DE FUNÇÃO - RAF Nº2

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

I. IDENTIFICAÇÃO:

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

Cargo: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ Tempo de Serviço Efetivo no Estado: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Há quanto tempo trabalha neste local? \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

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 6301 no período da manhã.

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

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

III. NOS ÚLTIMOS 6 MESES, DURANTE O AFASTAMENTO DE FUNÇÃO, O SERVIDOR:

1. TIROU LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE? ( ) SIM ( ) NÃO  
QUANTAS? \_\_\_\_\_ POR QUANTO TEMPO? \_\_\_\_\_

2. FALTOU AO TRABALHO SEM JUSTIFICATIVAS? ( ) SIM ( ) NÃO

3. APRESENTOU ATESTADOS DE 3 DIAS? ( ) SIM ( ) NÃO

4. O SERVIDOR APRESENTOU QUEIXAS, COMO:

SINTOMAS COMPORTAMENTAIS E MENTAIS	SINTOMAS CLÍNICOS
DESÂNIMO ( ) SIM ( ) NÃO	<b>DOENÇAS OSTEOMUSCULARES:</b> DOR ( ) SIM ( ) NÃO DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO DIFICULDADE DE MOVIMENTO ( ) SIM ( ) NÃO OUTRAS QUEIXAS ( ) SIM ( ) NÃO QUAIS? _____
DESINTERESSE ( ) SIM ( ) NÃO	
AGITAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO	
INQUIETAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO	
INADEQUAÇÃO DO AMBIENTE PARA O DESEMPENHO DA FUNÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO	
AGRESSIVIDADE ( ) SIM ( ) NÃO	<b>DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO</b> HIPERTENSÃO ( ) SIM ( ) NÃO ACIDENTES VASCULARES ( ) SIM ( ) NÃO OUTRAS QUEIXAS ( ) SIM ( ) NÃO QUAIS? _____
DIFICULDADE EM EXECUTAR A NOVA FUNÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO	
IRRITAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO	
DIFICULDADE EM RELACIONAR-SE COM COLEGAS OU OUTRAS PESSOAS ( ) SIM ( ) NÃO	
TRISTEZA ( ) SIM ( ) NÃO	
FALTA DE MOTIVAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO	

APREENSÃO ( ) SIM ( ) NÃO	DOENÇAS DO OLHO E ANEXOS ( ) SIM ( ) NÃO
CANSAÇO ( ) SIM ( ) NÃO	
NECESSIDADE DE EVITAR SITUAÇÕES QUE LHE CAUSAVAM INCOMODO ( ) SIM ( ) NÃO	DOENÇAS DO OUVIDO: PERDA AUDITIVA ( ) SIM ( ) NÃO VERTIGEM ( ) SIM ( ) NÃO PERDA DO EQUILÍBRIO ( ) SIM ( ) NÃO
SONOLÊNCIA ( ) SIM ( ) NÃO	CRISES CONVULSIVAS ( ) SIM ( ) NÃO
DIFICULDADE PARA MANTER CONCENTRAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO	OUTRAS QUEIXAS: ( ) SIM ( ) NÃO QUAIS? _____

**IV. ALGUNS DOS ITENS ACIMA PODEM SER OBSERVADOS NO COMPORTAMENTO DO SERVIDOR?**

( ) SIM ( ) NÃO QUAIS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**V. MESMO QUEIXOSO, CONSEGUIU DESEMPENHAR BEM A FUNÇÃO?**

( ) NÃO HÁ QUEIXAS

( ) SE QUEIXOSO, DESCREVA O PROBLEMA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VI. O SERVIDOR APRESENTA SINTOMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL OU OUTRAS DROGAS?**

( ) SIM ( ) NÃO QUAIS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Não  Sim  Médico  Psicológico

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

Outros \_\_\_\_\_

**VIII. HÁ QUANTO TEMPO O SERVIDOR ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO?**

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

**IX. DESCREVA ASPECTOS DO COMPROMETIMENTO DO SERVIDOR COM O TRABALHO:**

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

**X. O SERVIDOR DEMONSTROU MOTIVAÇÃO NO TRABALHO? ( ) SIM ( ) NÃO**

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

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

Assinatura chefia do servidor

Assinatura do Servidor

Carimbo



**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E PREVIDÊNCIA**  
**DIVISÃO DE MEDICINA E SAÚDE OCUPACIONAL – DIMS**  
**SERVIÇO DE PSICOLOGIA**

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DE AFASTAMENTO DE FUNÇÃO - **RAF Nº 3**

DATA DO RECEBIMENTO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**I. IDENTIFICAÇÃO:**

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

Cargo: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ Tempo de Serviço Efetivo no Estado: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Há quanto tempo trabalha neste local? \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

**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. NOS ÚLTIMOS 9 MESES, DURANTE O AFASTAMENTO DE FUNÇÃO, O SERVIDOR:**

1. APRESENTA MELHORA DOS SINTOMAS QUE OCASIONARAM O AFASTAMENTO DE FUNÇÃO?

( ) SIM ( ) NÃO

2. QUAIS SÃO AS MELHORAS APRESENTADAS PELO SERVIDOR NA ATUAL FUNÇÃO? DESCREVA \_\_\_\_\_

3. ASSINALE NO QUADRO ABAIXO A PRESENÇA OU NÃO DOS SEGUINTE ÍTENS, RELACIONADOS AS ATIVIDADES DESEMPENHADAS PELO SERVIDOR :

<b>FUNÇÃO ATUAL</b>		<b>FUNÇÃO PARA A QUAL FOI EFETIVADO</b>	
ESFORÇO FÍSICO	( ) SIM ( ) NÃO	ESFORÇO FÍSICO	( ) SIM ( ) NÃO
ESFORÇO DE ALGUM MEMBRO OU ORGÃO CORPORAL	( ) SIM ( ) NÃO	ESFORÇO DE ALGUM MEMBRO OU ORGÃO CORPORAL	( ) SIM ( ) NÃO
ESFORÇO MENTAL	( ) SIM ( ) NÃO	ESFORÇO MENTAL	( ) SIM ( ) NÃO
CONTATO COM PESSOAS	( ) SIM ( ) NÃO	CONTATO COM PESSOAS	( ) SIM ( ) NÃO
CONTATO COM GRUPOS DE PESSOAS	( ) SIM ( ) NÃO	CONTATO COM GRUPOS DE PESSOAS	( ) SIM ( ) NÃO
ENFRENTAMENTO DE SITUAÇÕES ESTRESSANTES	( ) SIM ( ) NÃO	ENFRENTAMENTO DE SITUAÇÕES ESTRESSANTES	( ) SIM ( ) NÃO
ESFORÇO DE ATENÇÃO	( ) SIM ( ) NÃO	ESFORÇO DE ATENÇÃO	( ) SIM ( ) NÃO
ESFORÇO DE CONCENTRAÇÃO	( ) SIM ( ) NÃO	ESFORÇO DE CONCENTRAÇÃO	( ) SIM ( ) NÃO

<b>FUNÇÃO ATUAL</b>	<b>FUNÇÃO PARA A QUAL FOI EFETIVADO</b>
TRABALHO EM EQUIPE ( ) SIM ( ) NÃO	TRABALHO EM EQUIPE ( ) SIM ( ) NÃO
RESPONSABILIDADE COM TERCEIROS ( ) SIM ( ) NÃO	RESPONSABILIDADE COM TERCEIROS ( ) SIM ( ) NÃO
CONTROLE DA ANSIEDADE ( ) SIM ( ) NÃO	CONTROLE DA ANSIEDADE ( ) SIM ( ) NÃO
CONTROLE DA AGRESSIVIDADE ( ) SIM ( ) NÃO	CONTROLE DA AGRESSIVIDADE ( ) SIM ( ) NÃO

**III. O SERVIDOR APRESENTA ALGUM TIPO DE DIFICULDADE RELACIONADA AOS ÍTENS CITADOS NOS QUADROS ACIMA?**

DESCREVA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IV. O SERVIDOR APRESENTOU ATESTADOS DE 3 DIAS COM QUAL FREQUÊNCIA NOS ÚLTIMOS 9 MESES:**

( ) NUNCA ( ) RARAMENTE ( ) MUITAS VEZES ( ) TODOS OS MESES

COMENTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**V. O SERVIDOR APRESENTOU FALTAS SEM JUSTIFICATIVA NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO**

COMENTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VI. A ATUAL FUNÇÃO CONTRIBUIU PARA A RECUPERAÇÃO DA SAÚDE DO SERVIDOR? ( ) SIM ( ) NÃO**

COMENTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VII. O SERVIDOR MANIFESTOU, EM ALGUM MOMENTO O DESEJO DE RETORNAR A FUNÇÃO PARA A QUAL FOI EFETIVADO? ( ) SIM ( ) NÃO**

COMENTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

Assinatura chefia do servidor  
Carimbo

Assinatura do Servidor

**SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E PREVIDÊNCIA  
DIVISÃO DE MEDICINA E SAÚDE OCUPACIONAL – DIMS**

**SERVIÇO DE PSICOLOGIA**

RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DE AFASTAMENTO DE FUNÇÃO - **RAE Nº 4**

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

**I. IDENTIFICAÇÃO:**

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

Cargo: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_ Tempo de Serviço Efetivo no Estado: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_ Há quanto tempo trabalha neste local? \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

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

Não       Sim       Médico       Psicológico

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

Outros \_\_\_\_\_

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

DESCREVA \_\_\_\_\_

**V. 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? \_\_\_\_\_

**VI. 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.

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

( ) SIM ( ) NÃO.

DESCREVA A RAZÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

( ) SIM ( ) NÃO.

DESCREVA A RAZÃO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IX. 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