



## ANEXO V – RESOLUÇÃO N.º 4.895/2025

### FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA REAVALIAÇÃO LABORAL

#### 1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

**NOME DO SERVIDOR:**

**Idade:**  **Cargo:**  **CPF:**

**Readaptado desde:**  /  /  **Função cargo atual:**

**Local de trabalho atual:**

**Município:**  **Telefone do local:**

**Há quanto tempo trabalha nesse local?**

#### 2. CHEFIA IMEDIATA - IDENTIFICAÇÃO

**NOME:**

**Há quanto tempo é chefe imediato do servidor:**

#### 3. AVALIAÇÃO DO/A SERVIDOR/A (realizada pela chefia imediata)

I. Tem conhecimento se o servidor realiza no momento algum tratamento de saúde?

☐ Não

☐ Sim, tratamento  
médico

☐ Sim, tratamento  
psicológico

II. As atividades propostas ao servidor constam no **Plano de Trabalho** (fls. )  
deste protocolado.

III. **Resumo da avaliação nos últimos 4 semestres** (do semestre mais antigo para o mais novo):

**Preencher com E ou B ou I - Excelente(E) Bom (B) Insuficiente (I)**

| CRITÉRIO                  | DESCRIÇÃO                                                                                                       | Semestres            |                      |                      |                      |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                           |                                                                                                                 | 1                    | 2                    | 3                    | 4                    |
| Qualidade do trabalho     | Precisão e atenção aos detalhes. Cumprimento dos padrões de qualidade da instituição de ensino/ setor.          | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Produtividade             | Volume de trabalho realizado no período. Eficiência no cumprimento das tarefas.                                 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Cumprimento de Prazos     | Capacidade de entregar todos os trabalhos dentro dos prazos estipulados. Organização no gerenciamento do tempo. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Comunicação e Colaboração | Efetividade na comunicação com colegas, superiores e/ou alunos. Contribuição para o trabalho em equipe.         | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |



IV. Por qual **motivo o/a servidor/a está sendo encaminhado/ para reavaliação** laboral?  
(Pode-se marcar mais de uma opção)

- ☐ Término do período de 2 (dois) anos.
- ☐ Houve melhora ou cura das condições de saúde do servidor.
- ☐ Houve adequação de seu local de trabalho.
- ☐ O servidor trabalha fora do serviço público em funções semelhantes daquelas que geraram o afastamento de função ou readaptação.
- ☐ Reincidência de avaliação com resultado insuficiente nas atividades propostas. Descreva no quadro abaixo o que impossibilitou a realização das atividades e as ações da chefia imediata.
- ☐ Outro motivo. Descreva no quadro abaixo.

V. Descrever **outras informações relevantes** para a avaliação laboral do servidor.

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

Encaminhe-se à Perícia Médica do Estado do Paraná, considerando as informações prestadas neste protocolado, referentes ao acompanhamento do(a) servidor(a), para:

- ☐ Reavaliação laboral.
- ☐ Reavaliação da capacidade laboral e eventual análise quanto à aposentadoria por invalidez.

*Assinado e datado eletronicamente*

**Técnico do NRE**

*Assinado e datado eletronicamente*

**Chefia do NRE**