



PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA
Departamento de Recursos Humanos / SRH
MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL (RELOTAÇÃO)

Nome do(a) Servidor(a): _____ Matrícula: _____

SITUAÇÃO ATUAL

Cargo / Função: _____ Secretaria.: _____
Departamento: _____ Serviço: _____
Recebe: () PERICULOSIDADE () INSALUBRIDADE
Justificativa para Relotação: _____
Visto do Secretário: _____ Data: ____/____/____
Carimbo

SITUAÇÃO FUTURA

Cargo / Função: _____ Secretaria.: _____
Departamento: _____ Serviço.: _____
Local de Efetivo Trabalho.: _____
Visto do Secretário: _____ Data: ____/____/____
Carimbo

AGENDAMENTO MÉDICO - DEESMT

Data da Consulta.: ____/____/____ Horário.: _____ Médico.: _____
Responsável pelo Agendamento
Ciência do trabalhador: _____ Data: ____/____/____
Contatos do trabalhador: _____
Obs.: A ausência à consulta agendada, acarretará em penalidades administrativas.

PARECER DEESMT

CARACTERIZA-SE: PERICULOSIDADE () Sim Não ()
INSALUBRIDADE () Sim Não () GRAU _____
JUSTIFICATIVA:

Ocorre exposição a agentes insalubres, conforme critérios da NR 15 da Portaria 3.214/78.

Executa atividade ou operação perigosa conforme critérios da NR 16 da Port. 3.214/78 ou Legislação específica.

APTO () COM RESTRIÇÕES ()
INAPTO ()
Engenheiro de Segurança do Trabalho _____
Medicina do Trabalho _____
Data: ____/____/____ Data: ____/____/____

AUTORIZO A REFERIDA RELOTAÇÃO

Secretário Chefe de Gabinete

Uso do DRH.

Providenciada a Relotação

Visto: _____

Data ____/____/____

PROCEDIMENTO PARA RELOTAÇÃO:

1. Preencher previamente SITUAÇÃO ATUAL e SITUAÇÃO FUTURA;
2. Levar o impresso ao DEESMT para agendamento de consulta médica.

Atenção: Não será aceito impresso com preenchimento incompleto