



Prefeitura Municipal de Bom Despacho
Estado de Minas Gerais
Secretaria Municipal de Administração
Gerência de Gestão com Pessoas

Termo de Ajuste Funcional

Nome	CPF	Data de Nascimento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Portador de Deficiência	Sexo	Estado Civil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CEP	Endereço	Número
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bairro	Complemento	Cidade
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail	Telefone	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Atividades que deverão ser desempenhadas (conforme decisão do médico perito)

Local de Trabalho

Período do Ajuste Funcional

Data Inicial	Data Final
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Advertências

A chefia imediata que não seguir as restrições definidas pelo médico perito, arcará com penalidades administrativas e judiciais cabíveis. A partir da assinatura do TAF, o servidor em ajuste deverá desempenhar as atividades definidas, não podendo alegar que as atividades não condizem com sua condição de saúde. O servidor que não desempenhar as atividades que lhe foram atribuídas receberá advertência escrita, que deverá constar na pasta funcional eletrônica do servidor e, caso o servidor persista em não desempenhar suas funções, será instaurado processo administrativo para apurar possíveis faltas cometidas, nos termos estabelecidos pela Lei 1.321/91.

Assinatura por Extenso do Servidor	Data da Assinatura
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Assinatura por Chefia Imediata	Data da Assinatura
<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Todos os campos são de preenchimento obrigatório, exceto o Complemento