

ANEXO V DA INSTRUÇÃO NORMATIVA SME Nº 19, DE 14 DE MARÇO DE 2025

Solicitação de Avaliação de Compatibilidade de Função

Identificação do profissional:

Nome completo:	
RF:	Cargo/Função:
Unidade de Lotação/Exercício:	

Solicito avaliação de compatibilidade de função, conforme informações abaixo:

Descrição das atividades atribuídas:
Justificativa do requerimento:

() Declaro ter ciência que deverei aguardar o resultado da solicitação de avaliação de compatibilidade

de função em exercício nas atividades atribuídas a mim.

Encaminho à Comissão de Avaliação de Compatibilidade de Atividades da Readaptação Funcional dos Profissionais – COARP para avaliação.

Assinatura do profissional: _____

Data: ___/___/_____