**RELATÓRIO DO SUPERVISOR **

**DO FORMULÁRIO DE RETORNO AO TRABALHO**

INSTRUÇÕES: O supervisor preencherá este formulário e o enviará ao Coordenador de Compensação Trabalhista. Anexe o Plano de retorno ao trabalho do funcionário e envie-o com este formulário.

|  |  |
| --- | --- |
| PARA: COORDENADOR DE COMPENSAÇÃO TRABALHISTA. |  |
| DE: NOME DO SUPERVISOR | DEPARTAMENTO/ÁREA |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | NOME DO FUNCIONÁRIO | DATA DO RETORNO |
| O seguinte funcionário voltou ao trabalho: |  |  |

|  |
| --- |
| O FUNCIONÁRIO ESTÁ: assinale todas as opções válidas |
|  | Executando suas funções completas sem restrições.  |
|  | Executando suas funções com restrições.  |
|  | Retornou em um esforço de trabalho de transição e/ou obrigações alternativas foram atribuídas com restrições.  |
|  | Trabalhando em período integral. |
|  | Trabalhando em período parcial:  | N.º DE HORAS POR DIA | HORA DE INÍCIO | HORA DE TÉRMINO |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| COMENTÁRIOS: |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | NOME | ASSINATURA | DATA |
| TRABALHADOR FERIDO |  |  |  |
| SUPERVISOR |  |  |  |

\*\*\* DEVOLVER OO FORMULÁRIO PREENCHIDO AO COORDENADOR DE COMPENSAÇÃO TRABALHISTA O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL \*\*\*

|  |
| --- |
| **AVISO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE**Qualquer artigo, modelo ou informação fornecidos pela Smartsheet no site são apenas para referência. Embora nos esforcemos para manter as informações atualizadas e corretas, não fornecemos garantia de qualquer natureza, seja explícita ou implícita, a respeito da integridade, precisão, confiabilidade, adequação ou disponibilidade do site ou das informações, artigos, modelos ou gráficos contidos no site. Portanto, toda confiança que você depositar nessas informações será estritamente por sua própria conta e risco. |