



FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

DECRETO 308/2022

- DO AFASTAMENTO DO SERVIDOR POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA

Parágrafo único. O afastamento para acompanhamento por motivo de doença em pessoa da família somente será concedido se a assistência do servidor for indispensável e não puder ser prestada simultaneamente com o exercício das atribuições do cargo ou mediante compensação de horário.

1 - INFORMAÇÕES DO SERVIDOR

Nome:			
Matrícula:		Cargo:	
Lotação:			

2 - INFORMAÇÕES DO FAMILIAR

Nome:			
Grau de Parentesco:	<input type="checkbox"/> Pais, padrastos e madrastas;		
	<input type="checkbox"/> Filhos e enteados até 21 anos;		
	<input type="checkbox"/> Cônjuge ou companheiro;		
	<input type="checkbox"/> Pessoa sob curatela do servidor por decisão judicial;		
	<input type="checkbox"/> Menor sob guarda ou tutela do servidor por decisão judicial;		
	<input type="checkbox"/> Filho maior de 21 anos de idade se dependente Inválido;		
	<input type="checkbox"/> Outros especificar: _____		
Dependente incluso em ficha funcional?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - (realizar o protocolo).		



3 - INFORMAÇÃO DO DOCUMENTO MÉDICO - ANEXAR

Informações obrigatórias do atestado de acompanhamento

Possui nome do servidor:	<input type="checkbox"/> Sim () Não
Possui o nome do paciente dependente:	<input type="checkbox"/> Sim () Não
Possui prazo do afastamento:	<input type="checkbox"/> Sim () Não
Se sim, informar a quantidade de dias:	
Possui, data, carimbo e assinatura do médico profissional:	<input type="checkbox"/> Sim () Não
Possui, Código Internacional de Doenças- CID.	<input type="checkbox"/> Sim () Não
Documentos apresentados:	<input type="checkbox"/> Atestado; <input type="checkbox"/> Laudo; <input type="checkbox"/> Parecer do profissional de saúde; <input type="checkbox"/> Cópia de prontuário médico; <input type="checkbox"/> Boletim de atendimento em pronto socorro/emergência médica; <input type="checkbox"/> Exames laboratoriais ou radiografias; <input type="checkbox"/> Dependente internado, sem previsão de alta. <input type="checkbox"/> Outros especificar:

Observações/informações gerais:

Assinatura do servidor



4 – PREENCHIMENTO DO MÉDICO DO TRABALHO – A AGENDAR.

Os documentos apresentados são suficientes para a avaliação?	() Sim () Não – Orientado.
Haverá necessidade de solicitação de estudo social?	() Sim () Não
Resultado do acompanhamento familiar:	() Deferido – <i>aguardar decisão do Departamento de Gestão de Pessoas/Secretaria de Administração.</i> () Indeferido.
Prazo do acompanhamento:	() Período Indeterminado () Determinado - especificar: _____

Observações gerais:

Data da avaliação ___/___/___.

Carimbo e assinatura do médico do trabalho

BALSA NOVA