**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:** | ( ) Pais, padrastos e madrastas; |
| ( ) Filhos e enteados até 21 anos; |
| ( ) Cônjuge ou companheiro; |
| ( ) Pessoa sob curatela do servidor por decisão judicial; |
| ( ) Menor sob guarda ou tutela do servidor por decisão judicial; |
| ( ) Filho maior de 21 anos de idade se dependente Inválido; |
| ( ) Outros especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Dependente incluso em ficha funcional?** | ( ) Sim ( ) Não - (realizar o protocolo). |

|  |
| --- |
| **3 - INFORMAÇÃO DO DOCUMENTO MÉDICO - ANEXAR** |
| **Informações obrigatórias do atestado de acompanhamento** |
| **Possui nome do servidor:** | ( ) Sim ( ) Não |
| **Possui o nome do paciente dependente:** | ( ) Sim ( ) Não |
| **Possui prazo do afastamento:** | ( ) Sim ( ) Não |
| **Se sim, informar a quantidade de dias:** |  |
| **Possui, data, carimbo e assinatura do médico profissional:** | ( ) Sim ( ) Não |
| **Possui, Código Internacional de Doenças- CID.** | ( ) Sim ( ) Não |
| **Documentos apresentados:**  | **( ) Atestado;** **( ) Laudo;****( ) Parecer do profissional de saúde;****( ) Cópia de prontuário médico;****( ) Boletim de atendimento em pronto socorro/emergência médica;****( ) Exames laboratoriais ou radiografias;****( ) Dependente internado, sem previsão de alta.****( ) 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 – *aguardar decisão do Departamento de Gestão de Pessoas/Secretaria de Administração.*( ) Indeferido. |
| **Prazo do acompanhamento:** | ( ) Período Indeterminado ( ) Determinado - especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Observações gerais:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data da avaliação \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Carimbo e assinatura do médico do trabalho**