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).

FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

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

FORMULÁRIO DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

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 ___/___/2025.

_____

Carimbo e assinatura do médico do trabalho