

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 - (se não deverá realizar o protocolo de inclusão).	

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, descrever os afastamentos em ordem e informar a quantidade de dias por afastamento:

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

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:

() Favorável
() Desfavorável

Prazo do acompanhamento e Observações gerais:

Data da avaliação ____/____/____.

Carimbo e assinatura do médico do trabalho

25-01-1961

BALSA NOVA

04-11-1961