



SECRETARIA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS
Diretoria de Saúde Ocupacional
Av. Duque de Caxias, nº 633 – Prédio da CAAPSMML
Fone: 3376-2633

E-mail: medicina.trabalho@londrina.pr.gov.br

**Avaliação Serviço Social
ACOMPANHAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA**

REFERENTE AO SERVIDOR:

NOME DO SERVIDOR: _____

LOCAL DE TRABALHO: _____

MATRÍCULA(S): _____

HORÁRIO DE TRABALHO: _____

TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

REFERENTE AO AFASTAMENTO:

INÍCIO DO ATESTADO: ____/____/____ TÉRMINO DO ATESTADO: ____/____/____

TEMPO DE AFASTAMENTO SUGERIDO NO ATESTADO: _____

REFERENTE AO FAMILIAR ACOMPANHADO:

NOME: _____ IDADE: _____

PARENTESCO: ()Filho ()Filha ()Esposo ()Esposa ()Pai ()Mãe

()Madrasta ()Padrasto ()Irmão ()Irmã ()Enteado ()Enteada

CONSTA NO ASSENTAMENTO FUNCIONAL? ()Sim ()Não

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS POR ESSA PESSOA:

Estuda: () Não () Sim, período: _____ Trabalha: () Não () Sim, período _____

Outras atividades: _____

RESIDE COM SERVIDOR:

() Sim - DEMAIS PESSOAS QUE RESIDEM JUNTO: _____

() Não RESIDE COM: _____

TEM FUNCIONÁRIO NA RESIDÊNCIA? () Não () Sim Função: _____

JUSTIFIQUE A NECESSIDADE DO SEU ACOMPANHAMENTO: _____

DECLARO, sob minha inteira responsabilidade, serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sob pena da legislação vigente.

LONDRINA, ____/____/____ ASSINATURA DO SERVIDOR: _____

PARA USO EXCLUSIVO DA DIRETORIA DE SAÚDE OCUPACIONAL – DSO

ANÁLISE DO SERVIÇO SOCIAL

Pelas informações e declaração acima entende-se que a presença do servidor, para acompanhamento de pessoa da família:

- () Justifica-se
() Não se justifica

Havendo a necessidade de avaliação médica, conforme legislação municipal vigente, para conclusão da Perícia.

LONDRINA, ____/____/____ **Assistente Social:** _____

AVALIAÇÃO MÉDICO-PERICIAL

Justificativa da necessidade de acompanhamento durante o tratamento de saúde

PARECER DA PERÍCIA MÉDICA

Considerando as informações prestadas pelo familiar acompanhado e pelo servidor conforme acima descrito concluímos que o tratamento de saúde prescrito ao familiar do servidor:

- () necessitou de acompanhamento por ____ (_____) dias;
() não necessitou de acompanhamento;

Desta feita, conclui-se que o afastamento do servidor para acompanhamento de pessoa da família.

- () Justifica-se
() Não se Justifica

LONDRINA, ____/____/____ **Médico Perito:** _____