

LICENÇA PARA ACOMPANHAR PESSOA DA FAMÍLIA

DECLARAÇÃO DO (A) SERVIDOR(A)

Servidor(a): _____,

lotado(a) na Secretaria _____, ocupando o cargo de :

_____, com carga horária/Dia () 02 horas () 04 horas ()

06 horas () 08 horas

() outra/descrever _____ no período: () vespertino () matutino ()

noturno. Declaro para os devidos fins que não posso prestar assistência ao familiar simultaneamente com o exercício do cargo.

Rio Verde, ____ de _____ de _____

Assinatura do (a) servidor (a)

IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

REQUERIMENTO

PREENCHA TODOS OS CAMPOS, EM CASO DE DÚVIDAS DEIXE EM BRANCO.
UTILIZE LETRA DE FORMA, SEM ABREVIATURAS E ASSINE DECLARANDO A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES.

DOCUMENTAÇÃO DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA PARA INÍCIO DA TRAMITAÇÃO DA LICENÇA

Laudo médico justificando a necessidade do acompanhamento? _____ () Sim () Não

Declaração de internação hospitalar (caso haja internação)? _____ () Sim () Não

Fotocópia de documento que comprove o parentesco com o familiar? _____ () Sim () Não

Outros (descreva):

SITUAÇÃO FAMILIAR DO(A) SERVIDOR(A)

Nome do familiar: _____

Endereço do familiar: () O mesmo do (a) servidor(a). () outro

Av./Rua: _____ Nº: _____

Fonte: Serviço Social do IPARV - vyosilva



Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ nº Telefone: _____

O familiar é seu? () Filho () Pai () Mãe () Esposo () outros – descreva: _____

Qual a idade do familiar: _____

O tratamento está sendo realizado fora do domicílio? _____ () Sim () Não

Por que você é a única pessoa da sua família que pode cuidar do familiar? _____

Vive as expensas do(a) servidor(a)? () Sim () Não (Em caso afirmativo, anexar cópia do anexo de dependente de imposto de renda, comprovantes de gastos com: farmácia, vestuário, alimentação, aluguel, mensalidade escolar/faculdade se houver).

Que tipo de assistência direta será prestado ao familiar?

() Acompanhamento () Cuidados de enfermagem () Controle de medicação

() Administração de dieta () Outro: _____

Há outras pessoas da família que podem prestar (ou que estão prestando) assistência direta ao paciente?

() Sim () Não Em caso afirmativo, como farão a divisão das tarefas, em termos de horário? _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Declaro sob penas da Lei, que as informações prestadas acima são verdadeiras.

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

SERVIÇO SOCIAL

Face ao exposto que é de bom alvitre, ressaltar que o(a) servidor(a): _____

Rio Verde ____/____/____.

Assinatura do(a) Assistente Social