



SECRETARIA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS

**Diretoria de Saúde Ocupacional**

Rua Claudio Manuel da Costa, 199

Jd. Lago Parque – Fone: 3372-4900

E-mail: [medicina.trabalho@londrina.pr.gov.br](mailto: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:** \_\_\_\_\_