

# 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**