



FUNDAÇÃO SÃO PAULO
mantenedora da PUC-SP

Rua João Ramalho, 182 - Perdizes
São Paulo/SP • CEP 05008-000
Fone: (11) 3670-3333
www.pucsp.br/fundasp

REQUERIMENTO DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR

Acordo Interno de Trabalho SINSAUDE/AFAPUC

Nome:	Crachá:	
Setor:	Ramal:	Cel.:
E-mail:	Horário de Trabalho:	
Nome do dependente:		
Grau de parentesco: () pais () cônjuge () filhos		
Idade do paciente:		
Motivo do afastamento:	CID:	
Período a ser abonado:		

ACORDO INTERNO DE TRABALHO

Conforme previsto na cláusula 27 do Acordo Interno de Trabalho SINSAUDE/AFAPUC, fica assegurada a licença remunerada de até 30 dias, por evento, para o caso de doença grave, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (filhos, pais, cônjuge ou companheiro) do funcionário, precedido pela entrevista junto à Assistente Social da Divisão de Recursos Humanos, e, mediante a apresentação de relatório médico, avaliado pelo Serviço Médico da Universidade.

RELATÓRIO MÉDICO

O relatório médico deverá mencionar o nome do paciente, o diagnóstico com CID, o nome do acompanhante, esclarecendo a necessidade de acompanhamento familiar por x período; deverá constar também o carimbo com a assinatura do médico responsável e o número de sua inscrição no CRM.

JUSTIFICATIVA DO FUNCIONÁRIO

Ciência da Chefia: _____ / Ass. Funcionário _____

DATA: _____

