



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 SINPRO/APROPUC

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 32 do Acordo Interno de Trabalho SINPRO/APROPUC, fica assegurada licença remunerada de até 30 (trinta) dias, por evento, para o caso de doença grave dos filhos, pais, cônjuge e companheiro (a) dos Professores, mediante relatório médico, avaliado pelo Serviço Médico da Universidade. Casos não previstos serão objeto de análise de assistente social da DRH.

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: _____

