**REQUERIMENTO DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR**

Nome: e-mail:

Crachá: Setor: Ramal: Cel.:

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 22 do Acordo Interno de Trabalho AFAPUC *e* Cláusula 32 do Acordo Interno de Trabalho APROPUC fica assegurada a licença remunerada de até 30 dias, por evento, para os casos de doença grave dos filhos, pais, cônjuge ou companheiro (a) do funcionário/professor, precedido de entrevista junto à Assistente Social da DRH e, mediante a apresentação de relatório médico com o CID (código de classificação internacional de doenças) devidamente especificado.

**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/PROFESSOR**

**CIÊNCIA DA CHEFIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PARECER DO SERVIÇO SOCIAL**

**PARECER DO MÉDICO DO TRABALHO**