



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS**  
**DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR**  
**COORDENADORIA SETORIAL DE SAÚDE DO TRABALHO**

## **RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO FAMILIAR**

Campinas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

AO(À) MÉDICO(A) ASSISTENTE

Prezado(a) Doutor(a)

A Prefeitura Municipal de Campinas prevê, em seus Estatutos, a possibilidade de afastamento de seus servidores das atividades laborativas, para acompanhamento de seus familiares diretos enfermos, desde que sua presença ao lado destes seja imprescindível.

A simples menção ou declaração de que há um enfermo na família, mesmo com a descrição da afecção deste familiar, não garante ao servidor o uso deste direito.

É preciso que o médico ateste esta necessidade de presença com a descrição das atividades que serão exercidas pelo servidor afastado na assistência ao familiar enfermo.

Nesse sentido, solicitamos a gentileza de preencher o relatório que segue para que possamos, enquanto perícia, proceder à análise da adequação desta solicitação aos nossos Estatutos.

Cordialmente,

\_\_\_\_\_  
Coordenadoria Setorial de Saúde do Trabalho

NOME DO FAMILIAR DO SERVIDOR:

IDADE:

NOME DO SERVIDOR:

GRAU DE PARENTESCO:

CLASSE GENÉRICA DA AFECÇÃO (NEUROLÓGICA, OSTEOMUSCULAR, RENAL, ETC.)

ESTADO EM QUE SE ENCONTRA O FAMILIAR ENFERMO (ACAMADO EM CASA, INTERNADO, PARALISADO, PARCIALMENTE IMÓVEL, ETC.):

QUAL ASSISTÊNCIA DEVERÁ SER PRESTADA PELO SERVIDOR AFASTADO, QUE TORNA IMPRESCINDÍVEL SUA PRESENÇA JUNTO AO ENFERMO?

PERÍODO DE AFASTAMENTO:

NÚMERO DE DIAS:

DATA DE INÍCIO:

ALGUMA OUTRA OBSERVAÇÃO PERTINENTE IMPORTANTE?:

NOME DO MÉDICO:

CRM:

ESPECIALIDADE:

TEL.:

CARIMBO / ASSINATURA: