



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

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 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: _____ / Ass. Funcionário _____

DATA: _____

