

Solicitação de Abono de Horas Necessárias para Realização de Tratamento de Saúde Contínuo

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Vínculo: () Efetivo () Comissionado () Celetista			
Nome:			
CPF:	Idade:	Estado Civil:	Sexo: () M () F
Endereço:			
Complemento:			Bairro:
Cidade/UF:			CEP:
Fone Residencial:	Fone Comercial:	Celular	
Portador de Necessidade Especial: () Sim () Não Especificar:			

LOTAÇÃO

Órgão:	
Unidade Administrativa:	Cargo:

REQUERIMENTO

Na condição de servidor(a) público estadual venho solicitar abono das horas que necessito para submeter-me a tratamento multiprofissional em saúde contínuo e declaro que cumpro os requisitos necessários. Assim, nos termos da legislação vigente e apresentando os documentos abaixo descritos, venho a Gerência de Gestão de Pessoas e/ou equivalente solicitar autuação de processo contendo este formulário e os documentos médicos obrigatórios, bem como o envio à Gerência de Saúde e Prevenção da Superintendência Central de Administração de Pessoal, com vistas a avaliação médica pericial a qual comparecerei assim que for agendado o exame médico.

ESPECIFICAÇÃO DO TRATAMENTO E INFORMAÇÕES ADICIONAIS

--

REQUISITOS NECESSÁRIOS A OBTENÇÃO DO ABONO

- I. O tratamento deve ser prescrito e definido pelo médico do servidor;
- II. O tratamento deve estar relacionado com o diagnóstico do médico assistente do servidor;
- III. O tratamento deve ser direcionado à melhoria de saúde do servidor;
- IV. A doença não determina incapacidade laboral;
- V. O médico deve determinar a quantidade de sessões necessárias, sua periodicidade semanal e/ou mensal, bem como a previsão de término, se houver.
- VI. Concedido o benefício o servidor deverá apresentar à Gerência de Gestão de Pessoas e/ou equivalente do seu órgão o atestado de comparecimento às sessões indicadas.

DOCUMENTOS MÉDICOS OBRIGATÓRIOS QUE DEVEM CONSTAR NO PROCESSO

1. Atestado do médico assistente firmando diagnóstico da doença que acomete o servidor contemplando os itens II, III e V do formulário;
2. Exames complementares que comprovem o diagnóstico emitido;
3. Relatório do profissional de saúde responsável pelo tratamento complementar indicando: tipo de tratamento a ser realizado; frequência semanal; horário e previsão de término.

Local:

Data: ____/____/____

Assinatura