



DEPARTAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA E SAÚDE DO TRABALHADOR – DMEST/SPGG

QUESTIONÁRIO SOCIOFAMILIAR

() Redução de Carga Horária - RCH/LFE

() Abono familiar

Informar os números dos PROAS, se existentes, para a finalidade solicitada.

DADOS PESSOAIS DO(A) SERVIDOR(A)

Nome completo: _____

Id. Funcional e vínculo: _____ / _____ Data de nascimento: ____/____/____

Escolaridade: _____ Cargo: _____

Dias de trabalho: _____

Horário de trabalho (entrada e saída): _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Email: _____ Telefone: () _____

Telefone (para recados): () _____

Qual a sua constituição familiar? _____

Reside com quem? (incluir todos os membros familiares que residem no mesmo domicílio)

Reside em zona urbana ou rural? _____

Possui outro vínculo empregatício? _____

Se sim, qual a outra profissão e carga horária de trabalho? _____

Estado Civil: () Solteiro(a) () União Estável () Casado(a) () Outros: _____

Profissão do(a) cônjuge/companheiro/namorado(a): _____

Carga horária de trabalho do cônjuge? _____

Tem filho? _____ Quantos? _____ Quais as idades? _____

DADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA QUE É DEPENDENTE DO(A) SERVIDOR(A)

Indique o tipo de deficiência: () deficiência física () deficiência mental () visual () auditiva
() deficiência múltipla () outros. Qual? _____



DEPARTAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA E SAÚDE DO TRABALHADOR – DMEST/SPGG

Qual o nível de dependência nas atividades da vida diária (locomoção/alimentação/higienização/socialização/comunicação)?

Possui autonomia nas atividades? ()SIM () NÃO. Qual o nível de autonomia?

Estuda? () Sim () Não. Qual a escolaridade? _____

Sabe ler/escrever? _____

Frequenta o Atendimento Educacional Especializado – AEE? () Sim () Não.

Precisa de profissional de apoio escolar? _____

Possui rede de apoio familiar? ()SIM () NÃO Qual? _____

Pai, mãe ou responsável são presentes no acompanhamento do tratamento e nos cuidados diários?

Quem normalmente acompanha a pessoa com deficiência nas rotinas de cuidados e tratamentos?

Recebe pensão alimentícia, aposentadoria ou benefícios sociais? Sim, quais?

Citar todos os tratamentos/terapias que realiza e a frequência (dias/horários):

Cite, caso houver, as medicações utilizadas pela pessoa com deficiência ?

Informações que o(a) servidor(a) queira acrescentar:

Data: ____/____/____

Assinatura manuscrita: _____



REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA - LFE

LISTAGEM DE DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS:

- Apresentação do(a) servidor(a).
- Certidão de Nascimento da pessoa com deficiência (se já tiver encaminhado, pode desconsiderar).
- Quando o(a) filho(a) deficiente for maior de 18 anos de idade, apresentar termo de curatela, quando houver.
- Quando a pessoa com deficiência não for registrada como filho(a), apresentar obrigatoriamente termo de curatela.
- Atestado atualizado do médico assistente com CID.
- Atestados multidisciplinares atualizados (dos tratamentos, terapias e atividades que realiza).
- Declaração escolar atualizada.
- Questionário sociofamiliar preenchido e assinado.

ABONO FAMILIAR PARA DEPENDENTE INCAPAZ

LISTAGEM DE DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS:

- Apresentação do(a) servidor(a).
- Certidão de Nascimento da pessoa com deficiência (se já tiver encaminhado, pode desconsiderar).
- Quando o(a) filho(a) deficiente for maior de 18 anos de idade, apresentar termo de curatela, quando houver.
- Quando a pessoa com deficiência não for registrada como filho(a), apresentar obrigatoriamente termo de curatela.
- Atestado atualizado do médico assistente com CID.
- Atestados multidisciplinares atualizados (dos tratamentos, terapias e atividades que realiza).
- Certidão Nada Consta do INSS.
- Questionário sociofamiliar preenchido e assinado.

OBSERVAÇÃO: outros documentos poderão ser solicitados pela equipe de perícia.