



IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Vínculo: () Efetivo () Comissionado () Celetista

Nome:

CPF: Idade: Estado Civil: Sexo: () M () F

Endereço:

Cidade:

Telefones: Email:

Portador de Necessidade Especial: () Sim () Não Especificar:

LOTAÇÃO

Órgão:

Unidade Administrativa:

Cargo:

REQUERIMENTO

Na condição de servidor(a) público estadual e de acordo com o prescrito no § 12 do artigo 11 da Instrução Normativa n.º 009/2015-GAB, de 29 de outubro de 2015, venho solicitar abono das horas que necessito para submeter-me a tratamento multiprofissional em saúde contínuo que cumpre 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 Central de Saúde e Segurança do Servidor da Diretoria-Executiva de Saúde e Segurança do Servidor, 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. Tratamento deve ser prescrito e definido pelo médico do servidor;
- II. 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 e 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.

Observação: Para obtenção do abono é indispensável a realização de exame médico pericial, que será realizado na Gerência Central de Saúde e Segurança do Servidor em dia e hora agendados, ao qual o servidor deverá comparecer.

Local:

Data: / /

Assinatura