



### QUESTIONÁRIO SOCIO FAMILIAR

( ) 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.