
DECLARAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO DE FAMILIAR

Eu, _____, matrícula nº _____, empregado desta Fundação no cargo de _____, lotado no setor de _____ DECLARO para os devidos fins e sob as penas da lei que acompanharei o tratamento do familiar Sr (a). _____, _____ (parentesco) pelo período de ____/____/____ a ____/____/____, por ser indispensável e insubstituível.

Declaro ainda estar ciente que tal situação está sujeita a fiscalização da Fundação de Saúde de Sapucaia do Sul e que fico responsável pela comunicação de fato que cesse o afastamento, na hipótese de, por qualquer razão, deixar de ser necessário o acompanhamento por tempo inferior à indicada nesta declaração.

A presente declaração, a qual mantereí uma cópia em meu poder, juntamente com os comprovantes existentes, está em conformidade com o disposto no artigo 18º do Regulamento de Pessoal da Fundação, e Circular nº 01/2020.

Por ser verdade, firmo a presente declaração, ficando sob minha responsabilidade qualquer sanção imposta por regulamento ou lei.

_____, ____ de _____ de 20____.
(Município) (Data)

ASSINATURA DO (A) EMPREGADO (A)

UNIDADES:

Hospital Municipal Getúlio Vargas – (51) 3451.8200 / Hospital Tramandaí – (51) 3684.0300
Clisam – (51) 3474.0169 / SAMU Sapucaia do Sul – 192 / Regulação Estadual SAMU – (51) 3320.0100
UPA Sapucaia do Sul – (51) 3450.3082