**AVALIAÇÃO DA IDADE MENTAL DE DEPENDENTE PARA CONCESSÃO DE AUXÍLIO PRÉ-ESCOLAR**

À Diretoria de Saúde e Qualidade de Vida – DSQV

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DO SERVIDOR** | |
| NOME: | SIAPE: |
| CARGO: | LOTAÇÃO: |
| CONTATO: | CPF: |
| E-mail institucional/outro: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DO DEPENDENTE** | |
| NOME: | CPF: |
| Idade: | Idade mental: |

**Procedimento:**

* Encaminhar este formulário via e-mail institucional para sua Unidade de Lotação para formalização do Processo Eletrônico via Sipac; e
* Encaminhar laudo médico especificando a doença do dependente bem como a idade mental atestada.

**Observações:**

-Original de laudo, atestado médico e exames complementares que não constam no processo, tendo em vista o caráter pessoal, deverão ser entregues diretamente à DSQV pelo e-mail [siasstapajos@ufopa.edu.br](mailto:siasstapajos@ufopa.edu.br), bem como no ato da perícia.

-O Servidor e o dependente deverão comparecer realizar pericia oficial.

-O dependente de servidor que apresentar deficiência mental grave poderá ter direito a auxílio pré-escolar enquanto for constatada, por avaliação pericial, idade mental inferior a seis anos.

**Embasamento legal**: § 2º do art. 4º do Decreto nº 977, de 1993