

**GUIA PARA
LICENÇA MÉDICA**

PROTOCOLO N°

DATA

/ /

1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR (preenchido pelo servidor)

Nome: _____ Idade _____
Matrícula: _____ RG: _____ CPF: _____ Telefone: _____
Lotação: Secretaria Municipal de _____
Cargo: _____ Função Exercida: _____
Categoria Funcional: () EFETIVO () NOMEADO EM CARGO EM COMISSÃO () CONTRATADO

2. INFORMAÇÃO SOBRE A LICENÇA (conforme atestado médico anexo)

() INICIAL () PRORROGAÇÃO Último dia de Trabalho: ____ / ____ / _____.
Em caso de prorrogação, mencionar data inicial da licença: ____ / ____ / _____.
() Tratamento de Saúde () Maternidade () Acompanhar Pessoa da Família () Redução de Carga Horária
Se em pessoa da família citar: Idade: _____ Parentesco: _____
Nome: _____

DATA: ____ / ____ / _____.
Assinatura do Servidor(a)

AUTORIZAÇÃO PARA ESPECIFICAÇÃO DO CID

| | | |
|----------------|--------------------|---------------------------|
| () Autorizado | () Não Autorizado | Assinatura do Servidor(a) |
|----------------|--------------------|---------------------------|

CONSIDERAÇÃO MÉDICA (A ser preenchido pelo Médico assistente)

Histórico da Doença Atual

Exames Realizados (dados relativos a patologia e Exames que comprovem o diagnóstico - originais ou cópias)

Tratamento Efetuado:

DIAGNÓSTICO

CID

Consideramos o paciente incapacitado para exercer suas atividades habituais, necessitando de _____
(_____) dias de Afastamento contados a partir de: ____ / ____ / _____.

Araguaína, _____, de _____ de _____

Assinatura e Carimbo do Medico com CRM