

**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 Médico com CRM