



GUIA PARA LICENÇA MÉDICA

PROTOCOLO Nº

DATA

/ /

1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR (preenchido pelo servidor)

Nome: _____ Idade: _____

Matricula: _____ 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: _____ / _____ / _____	
Riachinho-TO, _____, de _____ de _____	Assinatura e Carimbo do Médico com CRM