



# GUIA PARA LICENÇA MÉDICA

PROTOCOLO N°

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: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Aragominas-TO, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Médico com CRM