



ATESTADO PARA LICENÇA MÉDICA, REMANEJAMENTO DE FUNÇÃO E REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO SERVIDOR:		IDADE:
CPF:	MATRÍCULA:	TELEFONE:
CARGO:	VÍNCULO:	
SECRETARIA:		

IDENTIFICAÇÃO DO ACOMPANHANTE (SE HOUVER)

NOME DO ACOMPANHANTE:	
IDADE:	CPF:

ENCONTRA-SE ENFERMO (A) SOB MEUS CUIDADOS PROFISSIONAIS, NECESSITANDO DE LICENÇA PARA:

A () TRAT. SAÚDE (CONCESSÃO)	G () LICENÇA MATERNIDADE/ADOÇÃO (PRORROGAÇÃO)
B () TRAT. SAÚDE (PRORROGAÇÃO)	H () REMANEJAMENTO DE FUNÇÃO (CONCESSÃO)
C () TRAT. SAÚDE PESSOA DA FAMÍLIA (CONCESSÃO)	I () REMANEJAMENTO DE FUNÇÃO (PRORROGAÇÃO)
D () TRAT. SAÚDE PESSOA DA FAMÍLIA (PRORROGAÇÃO)	J () REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA
E () LICENÇA MATERNIDADE (CONCESSÃO)	K () READAPTAÇÃO
F () LICENÇA ADOÇÃO (CONCESSÃO)	

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL

EXAME FÍSICO (dados relativos à patologia)

TRATAMENTO EFETUADO

EXAMES COMPLEMENTARES QUE COMPROVAM O DIAGNÓSTICO (ORIGINAIS)

DESCRIÇÃO

DIAGNÓSTICO:	N° CID:
OUTROS DIAGNÓSTICOS:	N° CID:

CONSIDERAÇÃO MÉDICA:

DIANTE DO EXPOSTO, CONSIDERAMOS O PACIENTE INCAPACITADO PARA EXERCER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS, NECESSITANDO DE _____ (_____) DIAS DE AFASTAMENTO, A PARTIR DE ____/____/____.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA E CARIMBO DA CHEFIA IMEDIATA

ASSINATURA DO SERVIDOR

____/____/____



ATESTADO PARA LICENÇA MÉDICA, REMANEJAMENTO DE FUNÇÃO E REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA

LICENÇAS MÉDICAS

- **Licença para tratamento de saúde**
 - ✓ Marcar com um X o campo **A**;
 - ✓ Atestado Médico em formulário próprio da Junta Médica Oficial do Município;
 - ✓ Resultado dos Exames Laboratoriais realizados, quando for o caso;
 - ✓ Declaração Hospitalar com data de internação e alta, quando for o caso;
 - ✓ Cópia do último contracheque.

- **Licença por motivo de doença em pessoa da família**
 - ✓ Marcar com um X o campo **C**;
 - ✓ Atestado Médico em formulário próprio da Junta Médica Oficial do Município;
 - ✓ Resultado dos Exames Laboratoriais realizados, quando for o caso;
 - ✓ Declaração Hospitalar com data de internação e alta, quando for o caso;
 - ✓ Cópia do último contracheque;
 - ✓ Declaração de Acompanhante;
 - ✓ Comprovante de parentesco conforme o vínculo familiar existente.

- **Licença maternidade:**
 - ✓ Marcar com um X o campo **E**;
 - ✓ Atestado Médico em formulário próprio da Junta Médica Oficial do Município;
 - ✓ Certidão de Nascimento da Criança;
 - ✓ Cópia do último contracheque.

- **Licença por adoção:**
 - ✓ Marcar com um X o campo **F**;
 - ✓ Certidão de Nascimento da Criança;
 - ✓ Termo Judicial de Guarda a Adotante ou Guardiã;
 - ✓ Cópia do último contracheque.

- **Prorrogação da Licença maternidade de gestação ou adoção:**
 - ✓ Marcar com um X o campo **G**, caso opte pela respectiva prorrogação;
 - ✓ Atestado Médico em formulário próprio da Junta Médica Oficial do Município;
 - ✓ Certidão de Nascimento da Criança.

- **Prorrogação de licença médica:**
 - ✓ Marcar com um X o campo **B** ou **D**;
 - ✓ Atestado Médico em formulário próprio da Junta Médica Oficial do Município;
 - ✓ Resultado dos Exames Laboratoriais realizados, quando for o caso.

Obs.: A documentação para concessão das Licenças deverá ser apresentada à Junta Médica Oficial, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, a partir do início do afastamento.