

ATESTADO MODELO PARA LICENÇAS MÉDICAS – JUNTA MÉDICA OFICIAL DO MUNICÍPIO DE PALMAS



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

IDENTIFICAÇÃO DO FAMILIAR ACOMPANHADO (SE HOUVER)

NOME DO FAMILIAR:	
IDADE:	CPF:
ENCONTRA-SE ENFERMO(A) SOB MEUS CUIDADOS PROFISSIONAIS, NECESSITANDO DA 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 () HORÁRIO ESPECIAL
E () LICENÇA MATERNIDADE (CONCESSÃO)	K () READAPTAÇÃO
F () LICENÇA ADOÇÃO (CONCESSÃO)	

HISTÓRICO ATUAL RELACIONADO AO PROBLEMA DE SAÚDE

--

EXAME FÍSICO (DADOS RELATIVOS À PATOLOGIA)

--

TRATAMENTO EFETUADO

--

EXAMES COMPLEMENTARES QUE COMPROVAM DIAGNÓSTICO

--

DESCRIÇÃO

DIAGNÓSTICO:	Nº CID:
OUTROS DIAGNÓSTICOS:	Nº CID:

CONSIDERAÇÃO MÉDICA:

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ASSINATURA DO SERVIDOR