



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

NOME DO SERVIDOR:	IDADE:
-------------------	--------

### IDENTIFICAÇÃO DO ACOMPANHANTE (SE HOUVER)

NOME DO FAMILIAR ACOMPANHADO:	
IDADE:	CPF:
ENCONTRA-SE ENFERMO (A) SOB MEUS CUIDADOS PROFISSIONAIS, NECESSITANDO DE LICENÇA PARA:	
A ( ) TRAT. SAUDE (CONCESSAO)	G ( ) LICENÇA MATERNIDADE/ADOÇAO (PRORROGAÇAO)
B ( ) TRAT. SAUDE (PRORROGAÇAO)	H ( ) REMANEJAMENTO DE FUNÇAO (CONCESSAO)
C ( ) TRAT. SAUDE PESSOA DA FAMILIA (CONCESSAO)	I ( ) REMANEJAMENTO DE FUNÇAO (PRORROGAÇAO)
D ( ) TRAT. SAUDE PESSOA DA FAMILIA (PRORROGAÇAO)	J ( ) REDUÇÃO DE CARGA HORÁRIA
E ( ) LICENÇA MATERNIDADE (CONCESSAO)	K ( ) READAPTAÇÃO
F ( ) LICENÇA ADOÇÃO (CONCESSÃO)	L ( ) RETORNO AS FUNÇÕES DE ORIGENS

### HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL

----------------------

### EXAME FÍSICO (dados relativos à patologia)

----------------------

### TRATAMENTO EFETUADO

----------------------

### EXAMES COMPLEMENTARES QUE COMPROVAM O DIAGNÓSTICO (ORIGINAIS)

----------------------

### DESCRIÇÃO

<b>DIAGNÓSTICO:</b>	N° CID:
<b>OUTROS DIAGNÓSTICOS:</b>	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.