

1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR (preenchido pelo servidor)

Nome: _____ Idade _____
 Matrícula: _____ 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: ____/____/____.

Araguaína, _____, de _____ de _____

Assinatura e Carimbo do Médico com CRM