|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **GOVERNO DO TOCANTINS** |  | **ATESTADO MÉDICO** |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

|  |  |
| --- | --- |
| **ATESTO QUE** | **IDADE** |
| ENCONTRA-SE ENFERMO(A) SOB MEUS CUIDADOS PROFISSIONAIS, NECESSITANDO DE LICENÇA PARA:  🖵 TRAT. SAÚDE 🖵 GESTANTE 🖵 LICENÇA ADOÇÃO  🖵 TRAT. SAÚDE/PRORROGAÇÃO 🖵 PRORROGAÇÃO/GESTANTE 🖵 TRAT.SAÚDE PESSOA FAMÍLIA | |

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL

|  |
| --- |
|  |

EXAME FÍSICO (dados relativos à patologia)

|  |
| --- |
|  |

TRATAMENTO EFETUADO

|  |
| --- |
|  |

EXAMES COMPLEMENTARES QUE COMPROVAM O DIAGNÓSTICO (ORIGINAIS)

|  |
| --- |
|  |

DESCRIÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| DIAGNÓSTICO | CID |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS | CID |

CONSIDERAÇÃO MÉDICA:

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_aos \_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO

C.R.M:

**Obs.: A documentação para concessão de Licença para Tratamento de Saúde deverá ser apresentada à Junta Médica Oficial, via protocolo da Secretaria da Administração, no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, após o início do afastamento.**