



**ESTADO DO TOCANTINS
PODER LEGISLATIVO**

ATESTADO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

ATESTO QUE	IDADE
-------------------	--------------

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

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> TRAT. SAÚDE | <input type="checkbox"/> GESTANTE | <input type="checkbox"/> LICENÇA ADOÇÃO |
| <input type="checkbox"/> TRAT. SAÚDE/PRORROGAÇÃO | <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO/GESTANTE | <input type="checkbox"/> 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.