



GOVERNO DO TOCANTINS

ATESTADO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

<b>ATESTO QUE</b>	<b>IDADE</b>
-------------------	--------------

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.**