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.