



Prefeitura Municipal de Porto Nacional

ATESTADO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR (A):

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.