**LAUDO MÉDICO**

**LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DE FAMILIAR**

|  |
| --- |
| Servidor: Clique aqui para digitar texto. |
| Matrícula: Clique aqui para digitar texto. |
| Nome Paciente: Clique aqui para digitar texto. |
| Idade do Paciente: texto. Grau de Parentesco: digitar texto. |

Descrição da Patologia:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Diagnóstico:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Justificativa da necessidade de assistência do servidor:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Tempo de afastamento sugerido:

|  |
| --- |
|  |

Data: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura/Carimbo

Parecer do Médico da Rede:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Tempo Concedido:

|  |
| --- |
|  |

Data: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura/Carimbo/CRM-Médico