**LAUDO MÉDICO**

**LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE DE FAMILIAR**

|  |
| --- |
| Servidor: |
| Matrícula: |
| Nome Paciente: |
| Idade do Paciente: Grau de Parentesco: |

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