**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