



CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

NOME:	MATRÍCULA:
CARGO:	TEL. DE CONTATO: () _____
LOTAÇÃO:	() _____

Com objetivo de auxiliar nos critérios de concessão de licença médica, solicitamos ao médico assistente o preenchimento desde formulário.

Orientamos que este formulário, se preenchido corretamente pelo médico assistente, pode substituir o atestado médico, e deve ser apresentado conforme orientação padrão da Prefeitura de Florianópolis. Caso haja necessidade de Perícia Móvel, o Serviço Social entrará em contato com o servidor/familiar para agendamento pelos telefones informados pelo servidor.

CAMPO 2 – PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE (Conforme Resolução CFM nº 1.658/2002 que normatiza a emissão de atestados médicos)

1. Sugestão de tempo de afastamento laboral: ____/____/____ até ____/____/____.
2. Doença causadora da incapacidade (CID): _____.
3. Tratamento proposto/realizado:

4. O servidor está/esteve em internação hospitalar? NÃO SIM, de ____/____/____ até ____/____/____.
5. O servidor foi submetido à intervenção cirúrgica? NÃO SIM, de ____/____/____ até ____/____/____.
- Qual o procedimento realizado? _____
6. Considerando que a perícia médica dos servidores municipais de Florianópolis deve ser agendada dentro de 48 horas após o início do período de afastamento sugerido pelo médico assistente, perguntamos: Estima-se que a partir de qual data o servidor pode se deslocar até a perícia médica? _____
7. Caso haja outro motivo que impossibilite o servidor de comparecer à perícia médica, favor especificar:

8. Outras informações que julgue necessário sobre terapêutica, exames complementares, prognóstico:

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE:

DATA: ____/____/____

ASSINATURA

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE:

CARIMBO E ASSINATURA