



Secretaria de Estado da Administração e da Previdência
Divisão de Medicina e Saúde Ocupacional

Requerimento para Licença Médica (7 dias)

1. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome: _____

RG: _____ Sexo: () F () M Data de Nascimento: ____/____/____

Cargo: _____

Função Exercida: _____

Categoria Funcional: () Estatutário () Cargo em Comissão

2. IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO

Órgão: _____

Unidade Administrativa: _____

Município: _____ Telefone: (____) _____

3. INFORMAÇÕES SOBRE A LICENÇA

() Inicial () Prorrogação Último dia de Trabalho: ____/____/____.

Em caso de prorrogação, mencionar data inicial da licença: ____/____/____.

Tratamento de Saúde: () Próprio () Em pessoa da Família

Se em pessoa da família mencionar parentesco: _____ e idade: _____ anos.

Data: ____/____/____.

_____ Assinatura da Chefia Imediata	_____ Carimbo da Unidade Administrativa
----------------------------------------	--------------------------------------------

LICENÇA / ATESTADO MÉDICO (A ser preenchido pelo Médico Assistente) Data: ____/____/____.

Nome do Servidor: _____ RG: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ Telefone: (____) _____

Sugestão para conceder: _____ (_____) dias de Licença a partir de ____/____/____.

Autorizo a colocação do diagnóstico codificado CID para fins de concessão de Licença médica:

Assinatura do servidor (a) ou representante legal

C.I.D. ¹ _____ C.I.D. ² _____ C.I.D. ³ _____

Assinatura do Médico assistente sobre carimbo / CRM

A 1ª via deste atestado deverá ser enviada, após o preenchimento de todos os campos, à JIPM mais próxima de seu município e a 2ª via deverá ser entregue no local de trabalho. Ambas deverão ser entregues até 48 horas de emissão. Esta licença / atestado está vinculada à homologação pela DIMS. Dúvidas consulte:

www.portaldoservidor.pr.gov.br ou ligue para a DIMS.