



**Prefeitura
de Jundiá**

LAUDO MÉDICO

LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE FAMILIAR

Servidor: _____ Código: _____

Nome do Paciente: _____ Idade: _____

Grau de parentesco: _____

Descrição da patologia (letra legível):

Diagnóstico(s) provável(is) (letra legível):

Justificativa da necessidade de assistência do servidor (letra legível):

Tempo de afastamento sugerido (por extenso e letra legível):

Data: ____/____/____

Assinatura / carimbo
(médico prestador das assistências)

Parecer do médico da rede:

Tempo concedido:

Data: ____/____/____

Assinatura / carimbo (médico da rede)