

**1. IDENTIFICAÇÃO (A ser preenchido no local de trabalho)**

Nome: \_\_\_\_\_

R.G.: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**2. INFORMAÇÃO FUNCIONAL**

Órgão de origem: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Unidade Administrativa (local de trabalho): \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Categoria Funcional: ( ) ESTATUTÁRIO ( ) CARGO EM COMISSÃO

**3. INFORMAÇÃO 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 citar: Idade: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_.

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura da Chefia Imediata

Carimbo da Unidade Administrativa

**LICENÇA / ATESTADO MÉDICO (A ser preenchido pelo Médico assistente) DATA:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nome do Servidor: \_\_\_\_\_ RG. \_\_\_\_\_

End. Residencial: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ CEP.: \_\_\_\_\_

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 (quarenta e oito) horas de sua emissão. Esta licença / atestado está vinculada à homologação pela DIMS.****Dúvidas consulte: [www.portaldoservidor.pr.gov.br](http://www.portaldoservidor.pr.gov.br) ou ligue para a DIMS.**