

Departamento de Saúde do Servidor – DSS
Divisão de Perícia Médica – DPM

LICENÇA PARA TRATAMENTO DE PESSOA DA FAMÍLIA

Nome:

RG:

Lotação:

Vínculo: () Estatutário () Comissionado

Domicílio do Servidor:

Telefone: ()

Nome do Familiar Convalescente:

Idade:

Grau de Parentesco:

Domicílio do Familiar:

Telefone: ()

Especificar nome, idade e grau de parentesco dos que moram com familiar acima de 16 anos:

1.

2.

3.

Preenchimento do Médico Assistente

Patologia vinculada a concessão de licença: CIDs

Procedimento Cirúrgico? () Especificar:

Data: __/__/____ Víde ()

Prognóstico (incluir tempo necessário para cuidados):

Limitação da pessoa doente: () Alimentação () Higiene () Locomoção

Home Care () Sim () Não

Se em Home Care, quais profissionais e previsão de permanência:

Medicamentos em uso: