



Poder Judiciário do Estado de Rondônia  
Tribunal de Justiça  
Serviço Médico

**REQUERIMENTO PARA LICENÇA MÉDICA**

**Atenção**

O atestado deverá conter o diagnóstico da doença por extenso ou codificado através do CID, com concordância do paciente. Caso não contenha o código do CID, o servidor/magistrado/estagiário deverá comparecer ao Semed.

**1. Identificação do Servidor**

Nome: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
Cadastro: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Categoria Funcional: ( ) Efetivo ( ) Comissionado ( ) Estagiário  
Idade: \_\_\_\_\_ Data de admissão: \_\_\_\_\_  
End. Residencial: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

**2. Identificação do Órgão**

Unidade de lotação: \_\_\_\_\_  
E-mail da unidade de lotação: \_\_\_\_\_  
Comarca: \_\_\_\_\_ Fone da unidade de lotação: \_\_\_\_\_

**3. Informações sobre a licença**

( ) Inicial ( ) Prorrogação \_\_\_\_\_ Trabalhou até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Tratamento de saúde: ( ) Próprio ( ) Em pessoa da família  
Se em pessoa da família, mencionar parentesco: \_\_\_\_\_

Declaro estar ciente dos termos da **Instrução n. 003/2015-PR**

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura do servidor/magistrado/estagiário

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo da chefia imediata