

GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL

RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA MÉDICA

(Revisão 01- Junho/2019)

Atenção! Normas e Orientações a serem seguidas:

1. Perícias são realizadas, **SOMENTE** por agendamento, através do telefone **(62) 3269-4310**.
2. É indispensável apresentação de documento de identificação original, atualizado e com foto.
3. Neste Relatório Médico deverá conter a identificação do profissional (Assinatura e carimbo com CRM).
4. O prazo legal para entrar com solicitação de licença médica é de 03 (três) dias úteis após o afastamento do trabalho.
5. Tratando-se de **PRORROGAÇÃO** de Licença, o prazo é de 10 (dez) dias antes do vencimento da licença anterior.
6. Comissionados, Contratos Temporários e Celetistas: é imprescindível a apresentação de **CÓPIA de todos os documentos, inclusive deste relatório**.

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS** (Formulários disponíveis no site [www.administracao.go.gov.br](http://www.administracao.go.gov.br) - Servidor - Perícia Médica)

Licença Médica e Prorrogação de Licença	<ul style="list-style-type: none"><li>• Este Relatório Médico, preenchido pelo Médico Assistente (assinatura e carimbo com CRM);</li><li>• Declaração de Internação Hospitalar (original), caso tenha ocorrido internação (fornecido pelo hospital);</li><li>• Cópias dos exames que comprovem o diagnóstico.</li></ul>	
Licença à Gestante	APÓS O NASCIMENTO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Este Relatório preenchido pelo Médico Assistente (assinatura e carimbo com CRM);</li><li>• Declaração de Internação Hospitalar (original);</li><li>• Cópia da Certidão de Nascimento. <b>NÃO É NECESSÁRIO AGENDAR PERÍCIA.</b></li></ul>
	GESTÃO EM CURSO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Este Relatório preenchido pelo Médico Assistente (assinatura e carimbo com CRM);</li><li>• Cópia da primeira ultrassonografia;</li><li>• Cópia do cartão gestante (se possuir). <b>NECESSÁRIO AGENDAR - FONE: 3269-4310.</b></li></ul>
Licença Acompanhante	<ul style="list-style-type: none"><li>• Este Relatório preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter assinatura e carimbo com CRM);</li><li>• Requerimento para Concessão de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família;</li><li>• Declaração de Internação Hospitalar (original), caso tenha ocorrido internação;</li><li>• Cópia dos exames que comprovem o diagnóstico;</li><li>• Cópia de documento que comprove o parentesco.</li></ul>	
Acidente de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"><li>• Todos os documentos solicitados para Licença Médica, acima relacionados;</li><li>• Servidores Efetivos: Ficha de Registro de Acidentes de Trabalho - FRAT (preenchida);</li><li>• Servidores do Regime Geral de Previdência: Comunicação de Acidentes de Trabalho - CAT (preenchida);</li><li>• Declaração do Superior Imediato informando que a ocorrência foi no ambiente de trabalho ou a serviço do órgão;</li><li>• Cópia do registro de ponto do mês da ocorrência, carimbada e assinada pelo superior;</li><li>• Boletim de Ocorrência (Policia, SAMU ou Corpo de Bombeiros) no caso de acidentes de trajeto.</li></ul>	
Doença Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"><li>• Todos os documentos solicitados para Licença Médica, acima relacionados;</li><li>• Autuar processo no SEI e anexar documentação conforme exigência do Artigo 4º da Instrução Normativa n.º 06/2017 - GAB, disponível no site <a href="http://www.administracao.go.gov.br">www.administracao.go.gov.br</a> - Servidor - Saúde do Servidor.</li></ul>	
Perícia Documental	<ul style="list-style-type: none"><li>• Todos os documentos relacionados acima, observando o tipo de licença;</li><li>• Relatório Médico, com firma reconhecida, conforme Pareceres n.º 10214/12 e n.º 3285/2018 da PGE.</li></ul>	

**CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO (A) SERVIDOR (A) DE FORMA LEGÍVEL**

Solicitação de Licença:		
( <input checked="" type="checkbox"/> ) Tratamento de Saúde	( <input type="checkbox"/> ) À Gestante	( <input type="checkbox"/> ) Doença em Pessoa da Família
( <input type="checkbox"/> ) Acidente de Trabalho	( <input type="checkbox"/> ) Doença Ocupacional	
( <input type="checkbox"/> ) Perícia Documental	Em caso de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, informe: Nome do paciente: _____	
Trata-se de Prorrogação? ( <input type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não	Parentesco: _____	

Identificação do(a) Servidor(a):		
Nome: <u>EDIVAN ALVES DE OLIVEIRA</u>		
CPF: <u>432.150.681-68</u>	Sexo: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) M ( <input type="checkbox"/> ) F	Data de Nascimento: <u>03/05/70</u>
Cargo: <u>AGENTE DE POLÍCIA</u>		
Lotação: <u>GERÊNCIA DE OPERAÇÕES DE INTELIGÊNCIA</u>		
E-mail: <u>ED.OLIVEIRO@HOTMAIL.COM</u>		
Prontuário: _____	Fone: <u>(62) 9.9903-1603</u>	

Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM n.º 1658/2002. Data:    /   /    Assinatura do(a) Servidor(a) ou Responsável: \_\_\_\_\_



## GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE DE FORMA LEGÍVEL  
CONFORME RESOLUÇÃO CFM N.º 1851/2008.

1 - Diagnóstico da patologia que acomete o(a) servidor(a) ou familiar, com respectivo CID:

TRANSTORNO DEPRESSIVO RECORRENTE, episódio atual grave,  
sem sintomas psicóticos.

2 - Histórico/relatório da doença:

Paciente com quadro depressivo grave, Hipokúlia, Baixa  
de energia, ideias recorrentes, apatia, perda de peso  
importante. Tentado tratamento ambulatorial, porém  
com recaída depressiva. Será necessário nova internação,  
sem presença de atos. É provável eletroconvulsoterapia  
foi admitida em nova internação em 26/10/2020

3 - Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:

Exame clínico

4 - Conduta terapêutica detalhada, contendo:

4.1. Tratamento (medicamentoso/não medicamentoso):

Mirtazapina 45g/dia; | Carbamazepina 600g/dia;  
Venlafaxina 225g/dia; | Quetiapina 400g/dia.

4.2. Prognóstico:

Reservado

4.3. Sugestão de tempo de repouso, necessário à recuperação:

60 dias

A partir de: 13/10/2020

A patologia diagnosticada tem nexos com o trabalho do servidor?

(X) Sim ( ) Não

Dr. Alvaro Felipe Barbosa Sales  
Médico Psiquiatra  
CRM-GO 21291 / ROE 13757Médico(a) Assistente  
(CRM, Assinatura e Carimbo)

Local/Data:

Ap. de Goiânia

28/10/2020





ESTADO DE GOIÁS  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL



Página 1 de 4

## Dossiê Funcional

Data Emissão 29/10/2020

Nome: EDIVAN ALVES DE OLIVEIRA		Dt. Nomeação: 18/07/2000
CPF: 43215068168	Regime Jurídico: ESTATUTÁRIO	Status: ATIVO
Situação: EM EXERCÍCIO		Estágio probatório: NÃO PNE: NÃO
Vínculo: EFETIVO	Cargo: Agente De Polícia	
Classe: Agente de Polícia da Classe Especial		Escala de Serviço: Expediente
Dt. Exercício: 27/07/2000		Dt. Posse: 27/07/2000

Unidade: GERÊNCIA DE OPERAÇÕES DE INTELIGÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL - (NOME ALTERADO NA DATA 10/04/2018)

### DADOS PESSOAIS

Data de Nascimento: 03/05/1970	Estado Civil: CASADO(A)
Pai: JOÃO ALVES DE OLIVEIRA FILHO	Nacionalidade: BRASIL
Mãe: GERALDA MARIA DE DEUS	Naturalidade: GOIÂNIA/GO
Telefone Residencial:	Telefone Celular: (62)99903-1603
PASEP:	Mat. Funcional: 8032

### ENDEREÇO

Logradouro: RUA C-146	Quadra: 319	Lote: 22
Complemento: APTº 1201	Bairro: JARDIM AMÉRICA	Número: 358
Cidade: GOIÂNIA	Estado: GOIÁS	CEP: 74255170

### DOCUMENTOS

Rg Civil: 1680850	Orgão Expedidor: SSP/GO		
Título Eleitor: 025367081007	Zona: 126	Seção: 333	Cidade: GOIÂNIA
CNH:	Categoria:	Data Expedição:	Data Validade:
Certificado: CERTIFICADO DE DISPENSA DE INCORPORAÇÃO (CDI)		N. Certificado: 0710124757	
Orgão: Exército		Emissão: 17/08/1988	