

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 - Servidor - Perícia Médica)

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

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

Solicitação de Licença: <input checked="" type="checkbox"/> Tratamento de Saúde <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/> À Gestante <input type="checkbox"/> Doença em Pessoa da Família <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: _____ Parentesco: _____
Trata-se de Prorrogação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Identificação do(a) Servidor(a):

Nome: MICHELLE RUA NAAS FERREIRA JUNIORCPF: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

Data de Nascimento: ____/____/____

Cargo: _____

Lotação: _____

E-mail: _____

Prontuário: _____ Fone: _____

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: _____

MICRO EMBOLIA TROMBÓICA

SEAD
Superintendência de
Assistência e
Administração



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:

F14.1

2 – Histórico/relatório da doença:

AIT com quadro de DEP
que melhora com tratamento
farmacológico, no momento
em tratamento farmacológico
voluntário

3 – Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:

|

4 – Conduta terapêutica detalhada, contendo:

4.1. Tratamento (medicamentoso/não medicamentoso):

DE PAROXETINA - 500, 2x/dia

4.2. Prognóstico:

NEGATIVO

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

90 dias

A partir de: 06/01/22.

A patologia diagnosticada tem nexos com o trabalho do servidor? () Sim (X) Não

Médico(a) Assistente
(CRM, Assinatura e Carimbo)

Dr. Fábio Brockstayer
Psiquiatria
CRM 7508

Local/Data:

06/01/22