

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	<p>APÓS O NASCIMENTO</p> <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. <p>GESTÃO EM CURSO</p> <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 (Policia, 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:		
() Tratamento de Saúde	() À Gestante	() Doença em Pessoa da Família
() Acidente de Trabalho	() Doença Ocupacional	
() Perícia Documental	Em caso de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, informe:	
	Nome do paciente: _____	
Trata-se de Prorrogação? () Sim () Não	Parentesco: _____	

Identificação do(a) Servidor(a):

Nome: ALEXANDRE MARCO CARVALHO DE LEEVADOVE

CPF: 261314978-77 Sexo: M () F Data de Nascimento: 13/08/1977

Cargo: Agente de Polícia

Lotação: GO DRP Policiaria

E-mail: alexandre.pesob@gmail.com

Prontuário: _____ Fone: 61-98494-1415

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;

O servidor possui uma referência mas apresenta nenhum sintoma psicopatológico.

2 - Histórico/relatório da doença:

Não necessita de terapia médica ou psicológica.

3 - Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:

4 - Conduta terapêutica detalhada, contendo:

4.1. Tratamento (medicamentoso/não medicamentoso):

O trabalhador não está em uso de nenhum medicamento psiquiátrico/psiquiátrico.

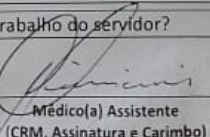
4.2. Prognóstico:

O trabalhador encontra-se em plena capacidade cognitiva e está plenamente apto para o exercício profissional e seu posto de trabalho.

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

A partir de: ____/____/____.

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


Médico(a) Assistente
(CRM, Assinatura e Carimbo)Dr. Marcus Vinícius de Paula
Psiquiatra - RQE 11.573
CRM-GO 7819

Local/Data:

Aracatuba, 25/02/21.