

## 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 (<b>original</b>);</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 (Policial, 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, <b>com firma reconhecida</b>, 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	( ) 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: <u>AZUEN MAGDA ALBARELLO</u>		
CPF: <u>802221961-49</u>	Sexo: ( ) M (X) F	Data de Nascimento: <u>26/10/76</u>
Cargo: <u>delegado de polícia 1ª classe</u>		
Lotação: <u>DEPAI Goiânia</u>		
E-mail: <u>azuen.albarello@hotmail.com</u>		
Prontuário: _____	Fone: <u>66999849293</u>	

Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM n.º 1658/2002. Data: 21/01/2019 Assinatura do(a) Servidor(a) ou Responsável: [Assinatura]

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:

Cefaleia refratária pós-covid-19 (R51).

2 – Histórico/relatório da doença:

Paciente com cefaleia refratária ao tratamento após SARS-COV-2, com diversas idas ao Pronto-Socorro.

3 – Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:

Avaliação clínica  
RESSONÂNCIA DE CRÂNIO NORMAL.

4 – Conduta terapêutica detalhada, contendo:

4.1. Tratamento (medicamentoso/não medicamentoso):

REPOUSO / CORREÇÃO ALIMENTAR / AMPICIL 4% /  
PREDNISONA / PAMOLOR.

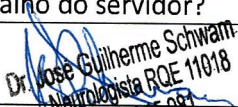
4.2. Prognóstico:

MELHORA EM CERCA DE 4 SEMANAS.

4.3. Sugestão de tempo de repouso, necessário à recuperação: AO MENOS 15 DIAS.

A partir de: 14/01/21.

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

  
Dr. José Guilherme Schwam Jr.  
Neurologista RQE 11018  
Médico(a) Assistente  
(CRM, Assinatura e Carimbo)

Local/Data: Orion 2710c, Goiânia-GO 19/01/21