

**GERÊNCIA DE SAÚDE E PREVENÇÃO**  
**RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA MÉDICA**

**Atenção! Normas e orientações a serem seguidas:**

1. Perícias são realizadas, **SOMENTE**, por agendamento, através dos telefones **(62) 3269-4202/0800-646-4242**.
2. É **indispensável apresentação de documentação de identificação original, atualizada e com foto por ocasião da perícia**.
3. O prazo legal para entrar com solicitação de licença médica é de até 03 (três) dias úteis após o afastamento do trabalho.
4. Em se tratando de prorrogação, o prazo é de 10 (dez) dias antes do vencimento da licença anterior.
5. Comissionados, Contratos Temporários e Celetistas deverão apresentar **cópia de todos os documentos relacionados à licença médica**.

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS** (Formulários disponíveis no site [www.segplan.go.gov.br](http://www.segplan.go.gov.br))

<b>Licença Médica e Prorrogação de Licença</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Relatório Médico Padrão GESPARE, preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter assinatura e carimbo com CRM);</li> <li>Declaração de Internação Hospitalar (<b>original</b>), caso tenha ocorrido internação (fornecido pelo hospital);</li> <li>Cópias dos exames que comprovem o diagnóstico;</li> <li>"Pasta Rosa" (capa do prontuário, somente 1ª licença).</li> </ul>
<b>Licença à Gestante</b>	APÓS O NASCIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relatório Médico padrão GESPARE, preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter 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>
	GESTÇÃO EM CURSO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relatório Médico padrão GESPARE, preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter assinatura e carimbo com CRM);</li> <li>Cópia da primeira ultrassonografia (ecografia) realizada na gestação vigente;</li> <li>Cópia do cartão gestante (se possuir). <b>NECESSÁRIO AGENDAR – FONE: 3269-4202</b>.</li> </ul>
<b>Licença Acompanhante</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Relatório Médico Padrão GESPARE preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter assinatura e carimbo com CRM);</li> <li>Declaração de Internação Hospitalar (<b>original</b>), caso tenha ocorrido internação;</li> <li>Cópia dos exames que comprovem o diagnóstico;</li> <li>Cópia de documento que comprove o parentesco.</li> </ul>
<b>Acidente de Trabalho</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos os documentos para Licença Médica, relacionados acima;</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>
<b>Doença Ocupacional</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos os documentos para Licença Médica, relacionados acima;</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.segplan.go.gov.br">www.segplan.go.gov.br</a> - Servidor – Saúde do Servidor.</li> </ul>
<b>Perícia Documental</b>		<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.º10214/12 e n.º 3285/2018 da PGE.</li> </ul>

**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 (enviar todos os documentos pelo SEI)	Em caso de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, informe:
Trata-se de Prorrogação? ( ) Sim ( ) Não	Nome do paciente: _____
	Parentesco: _____

Identificação do(a) Servidor(a):		
Nome:	Clinicius Sathler Garcia	
CPF:	841.570.701-00	Sexo: (X) M ( ) F
		Data de Nascimento: 22/02/77
Cargo:	Agente de Polícia	
Lotação:	105-DP/Goiania	
E-mail:		
Prontuário GESPARE:	Fone: (62) 998207-5577	

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 SAÚDE E PREVENÇÃO

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE DE FORMA LEGÍVEL, EM ACORDO COM A RESOLUÇÃO CFM 1851/2008.

1 – Diagnóstico(s) da(s) patologia(s) que acomete(m) o(a) servidor(a) ou familiar com respectivo(s) CID(s):

(F10)

2 – Histórico/relatório da doença:

Paciente ficou internado 180 dias, para tratamento de Alcoolismo. Após sua internação o paciente foi readaptado e conseguiu cumprir suas funções normalmente. O paciente não fez consumo de bebidas Alcool. Após a internação, confirmado por sua esposa, paciente está apto às atividades de trabalho sem Restrições.

3 – Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:

DIAGNÓSTICO SUBJETIVO

4 – Conduta terapêutica detalhada, contendo:

4.1. Tratamento (medicamentoso/não medicamentoso):

NÃO ESTÁ USANDO MEDICAMENTO PSIQUIÁTRICO

4.2. Prognóstico:

BOM

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

Paciente apto ao trabalho sem Restrições.

A partir de: \_\_/\_\_/\_\_.

Informe:

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

Dr. Ricardo F. Carneiro  
Médico - Psiquiatria  
CRM-GO-15.330

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

Local:

Clínica Bom Jesus

Data:

24/04/19