

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 a apresentação do documento de identificação original atualizado e com foto.
3. Neste Relatório Médico deverá conter identificação do profissional (Assinatura e carimbo com CRM).
4. O prazo legal para entrar com a 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, além de apresentarem a 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>• Cópia do exame que comprova o diagnóstico.</li> </ul>
Licença à Gestante	<p><b>APÓS O NASCIMENTO</b></p> <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> <p><b>GESTÃO EM CURSO</b></p> <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 antenograma (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 do exame que comprova o diagnóstico;</li> <li>• Cópia do documento que comprova 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 o acidente ocorreu no ambiente de trabalho ou a serviço do órgão;</li> <li>• Cópia do registro de ocorrência da ocorrência, canbada e assinada pelo superior;</li> <li>• Boletim de Ocorrência - Policial - SAM ou do 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 Sistema de documentação conforme exigência do Artigo 4º da Instrução Normativa nº 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 nº 102/14/12 e nº 3285/2018 da PGE.</li> </ul>

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

Solicitação de Licença  
☒ (X) Tratamento de Saúde ☐ ( ) A 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 \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Trata-se de Prorrogação? ☒ (X) Sim ☐ ( ) Não

Identificação do(a) Servidor(a)

Nome REJANIO COSTA DOS SANTOS

CPF: 760.158.071-72

Sexo ☒ (X) M ☐ ( ) F Data de Nascimento 22/11/1974

Cargo AGENTE DE POLÍCIA CIVIL ESPECIAL

Lotação NITB - S.P. I.

E-mail COSTA849@amfic.com

Prontuário \_\_\_\_\_ Fone 62. 99914 7043

Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM nº 1658/2002 Data 11/6/22 Assinado(a) Servidor(a) ou Responsável \_\_\_\_\_



GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL

**CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE DE FORMA LEGÍVEL**  
com base em avaliação on-line e entrevista.

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

(CID 10) F41.2 (Transtorno Depressivo e Ansioso)

2 - Histórico/relatório da doença

O paciente vem apresentando sintomas refratários de humor rebaixado, angústia persistente, pensamento negativo, nega ideação suicida, hipovolemia, apatragmatismo, anedonia, hipobúlia, desânimo, baixa energia, irritabilidade, taquipliquismo, isolamento social, sono não reparador.

3 - Resultados dos exames complementares ao diagnóstico

Não se aplica. Realizado avaliação clínica e exame psicopatológico

4 - Conduta terapêutica detalhada contendo

4.1 Tratamento (medicamentosos e não medicamentosos)

Divalcon ER 500mg 2x dia, Paroxetina 20mg 2x dia, Cogmax 1x dia, Apraz 0.5mg 2x dia + (S.O.S).

4.2 Prognóstico

Regular

4.3 Sugestão de tempo de repouso, necessário à recuperação: 165 (cento e oitenta) dias

4.4 A partir de 19/10/2022

A patologia diagnosticada tem conexão com o trabalho? ☒ Sim ☐ Não

Assinatura do(a) Médico(a) Assistente

(CRM, Assinatura e Carimbo)

Local/Data Goiânia

19/10/2022



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE GOIÁS  
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA  
CIVIL

NOME

REJANIO COSTA DOS  
SANTOS

CATEGORIA

ATIVO

AGENTE DE POLÍCIA DA CLASSE ESPECIAL

CARGO

*Deusmy Aparecido Silva Filho*  
Delegado Geral Adjunto

DELEGADO GERAL DA POLÍCIA CIVIL

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL



O TITULAR TEM LIVRE PORTE DE ARMA E ACESSO AOS LOCAIS  
SOB FISCALIZAÇÃO DA POLÍCIA, INCLUSIVE EM CASAS DE  
DIVERSÕES PÚBLICAS E EVENTOS ESPORTIVOS.

FILIAÇÃO JOSÉ PIETRO DOS SANTOS  
IVONITA ANUARIA DA COSTA

NATURALIDADE GOIÂNIA-GO	DATA DO NASCIMENTO 22/11/1974
RG 2179356 SSP-GO	G.S. "A"
CPF 760.158.071-72	RH (+)
GOIÂNIA, GO 21/12/2015	POLEGAR DIREITO
VALIDADE Indeterminada	
ASSINATURA DO PORTADOR	

DECRETO Nº 3.682, DE 18-09-1991