

Relatório Médico
Solicitação de Licença Médica

Gerência de Saúde e Prevenção

SOLICITAÇÃO DE:

- ☒ Licença para: () tratamento de Saúde () Gestante () Por motivo de doença em pessoa da família
() Prorrogação de licença
() Reconsideração de licença
() Outros

Nome do Servidor: Roberto de Cassio Vasconcelos Gomes (Obrigatório/Legível)
CPF: 712.784.276-00 Fones: (62) (32012708) 993865353
RG: 1.401.252 Órgão: SSP UF: GO Data de Expedição: 04/11/2014
Cargo: DATILOSCOPISTA Lotação: DGP-60 GERÊNCIA DE IDENTIFICAÇÃO
Data Nascimento: 19/11/1968 Sexo: () M (X) F

➤ **Antecedentes Médicos do Paciente:**

- O(a) servidor(a) tem feito alguma resistência ao tratamento proposto () Sim (X) Não
A patologia diagnosticada tem relação com o trabalho do servidor () Sim (X) Não
A patologia é incompatível com o exercício do cargo () Sim (X) Não

➤ **Em caso de licença por motivo de doença em pessoa da família, informe:**

Nome do doente: _____		
Parentesco do paciente com o servidor: _____		
Início da doença: / /	Início do tratamento: / /	Seu paciente desde: <u>25/09/2012</u>

Relatório sobre a doença:

Quedou de depressão
afundo no momento pela
perda do pai, no mes pas-
sado. Ansiedade, puplexia
difícil de fazer o luto
e neurastenia e Insônia
em condições de trabalho

Diagnóstico(s) com CID10:

CID10=F32.2. Depressão

Prognóstico e consequências à saúde do(a) paciente:
Reservado.

Provável tempo de repouso estimado: *(30) Trinta dias*

Resultados de exames:
Exame para diagnóstico

➤ Se foi realizado algum procedimento cirúrgico, informe a via de acesso:

Médico Assistente:
Assinatura: *[Assinatura]* Local: *[Assinatura]*
(CRM e Carimbo – obrigatório) **Dr. Verli José de Oliveira** Data: *05/08/22*
Endereço: *Mediara - CRM-GO 2540*
S/C-2001 Est. Onco-Business & Health
Goiânia-GO - CEP: 74.215-240

AO SERVIDOR

Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM nº. 1658/2002.

Ciente: _____ Data: ____/____/____
Assinatura do Paciente ou Responsável

Você já possui prontuário na Gerência de Saúde? () sim () não. Caso afirmativo N° _____

Normas e orientações a serem seguidas

1. Apresentar documentos de identificação original (RG; CNH; Passaporte; Carteira de Trabalho);
2. Não aceitamos cópias de atestados/relatórios médicos, que devem ser assinados e carimbados;
3. Todo atestado / relatório médico deverá conter a identificação completa do paciente e do médico assistente;
4. O prazo legal para dar entrada em solicitação de licença médica é de 03 (três) dias úteis após o afastamento do trabalho;
5. Em se tratando de prorrogação, o prazo é de 10 (dez) dias antes do vencimento da licença anterior;
6. Anexar cópias dos exames realizados.

- Documentos imprescindíveis para a entrada de licenças médicas
- Fornecidos através do site

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Licença Médica e Prorrogação de Licença	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relatório Médico padrão GESPPE, preenchido pelo médico assistente, original. ➤ Declaração de internação hospitalar (original), caso tenha ocorrido internação. ➤ Fotocópia dos exames que comprovam o diagnóstico. ➤ Pasta "Rosa" (capa do prontuário, somente se 1ª licença)
Licença Gestante	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relatório Médico padrão GESPPE, preenchido pelo médico assistente original. ➤ Declaração de internação hospitalar (original). ➤ Fotocópia da Certidão de Nascimento, caso tenha ocorrido o parto. ➤ Fotocópia da ultra-sonografia, caso não tenha ocorrido o parto e/ou que comprove qualquer alteração na gestação.
Licença Acompanhante	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relatório Médico padrão GESPPE preenchido pelo médico assistente original. ➤ Declaração de internação hospitalar (original), caso tenha ocorrido internação. ➤ Fotocópia dos exames que comprovam o diagnóstico. ➤ Fotocópia de documento que comprove o parentesco.

Atenção: Informações e agendamentos através do telefone: (62) 3269 4202.

Obrigatório trazer documento de identidade oficial com foto para a perícia.