

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) 3269-4202/0800-6464202**.
2. É indispensável apresentação de documentação de identificação original, atualizada e com foto por ocasião da perícia.
3. Neste Relatório Médico deverá conter a identificação do profissional (Assinatura e CRM).
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. 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.segplan.go.gov.br)

Licença Médica e Prorrogação de Licença	✓ Relatório Médico Padrão GESPARE, preenchido pelo Médico Assistente; ✓ Declaração de Internação Hospitalar (original), caso tenha ocorrido internação (documento fornecido pelo hospital); ✓ Cópias dos exames que comprovem o diagnóstico; ✓ "Pasta Rosa" (capa do prontuário, somente 1º licença).
Licença à Gestante	APÓS O NASCIMENTO ✓ Relatório Médico padrão GESPARE, preenchido pelo Médico Assistente; ✓ Declaração de Internação Hospitalar (original); ✓ Cópia da Certidão de Nascimento. NÃO É NECESSÁRIO AGENDAR PERÍCIA.
	GESTÃO EM CURSO ✓ Relatório Médico padrão GESPARE, preenchido pelo Médico Assistente; ✓ Cópia da primeira ultrassonografia (ecografia) realizada na gestação vigente; ✓ Cópia do cartão gestante (se possuir). NECESSÁRIO AGENDAR – FONE: 3269-4202.
Licença Acompanhante	✓ Relatório Médico Padrão GESPARE preenchido pelo Médico Assistente; ✓ 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.

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

Solicitação de Licença: <input type="checkbox"/> Tratamento de Saúde <input type="checkbox"/> À Gestante <input type="checkbox"/> Doença em Pessoa da Família <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho Trata-se de Prorrogação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Em caso de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, informe: Nome do paciente: _____ Parentesco: _____
---	--

Identificação do(a) Servidor(a): Nome: <u>Fernanda Gonçalves Brito</u> CPF: <u>713.843.401-49</u> Sexo: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F Data de Nascimento: <u>10/03/83</u> Cargo: <u>Agente de Polícia</u> Lotação: <u>Blinter</u> Prontuário GESPARE: <u>116900</u>

Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM n°. 1658/2002.

Assinatura do(a) Servidor(a) ou Responsável _____ Data: ____/____/____

GERÊNCIA DE SAÚDE E PREVENÇÃO

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE FORMA LEGÍVEL, DE 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):

CID 10 = F 31.6 Transtorno Bipolar de humor.

2 – Histórico/relatório da doença:

Paciente é portador de
Transtorno Bipolar de humor.
Com episódios e contínuos de
tratamento e apto p/ continuar
o posto de trabalho no momento

4 – Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:

5 – Conduta terapêutica detalhada, contendo:

5.1. Tratamento (medicamentoso/não medicamentoso):

5.2. Prognóstico:

5.3. Sugestão de tempo de repouso estimado, necessário à recuperação e a partir da data:

Informe:

A patologia diagnosticada tem nexos com o trabalho do servidor? ☒ Sim ☐ Não

Dr. Verli José de Oliveira
Psiquiatra
Médico(a) Assistente
(CRM, Assinatura e Carimbo)

Local:

Gym

Data:

04.11.19