

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 - Servidor - Perícia Médica)

Licença Médica e Prorrogação de Licença	<ul style="list-style-type: none">Este Relatório Médico, preenchido pelo Médico Assistente (assinatura e carimbo com CRM);Declaração de Internação Hospitalar (original), caso tenha ocorrido internação (fornecido pelo hospital);Cópias dos exames que comprovem o diagnóstico.	
Licença à Gestante	APÓS O NASCIMENTO	<ul style="list-style-type: none">Este Relatório preenchido pelo Médico Assistente (assinatura e carimbo com CRM);Declaração de Internação Hospitalar (original);Cópia da Certidão de Nascimento. NÃO É NECESSÁRIO AGENDAR PERÍCIA.
	GESTÃO EM CURSO	<ul style="list-style-type: none">Este Relatório preenchido pelo Médico Assistente (assinatura e carimbo com CRM);Cópia da primeira ultrassonografia;Cópia do cartão gestante (se possuir). NECESSÁRIO AGENDAR - FONE: 3269-4310.
Licença Acompanhante	<ul style="list-style-type: none">Este Relatório preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter assinatura e carimbo com CRM);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.	
Acidente de Trabalho	<ul style="list-style-type: none">Todos os documentos solicitados para Licença Médica, acima relacionados;Servidores Efetivos: Ficha de Registro de Acidentes de Trabalho - FRAT (preenchida);Servidores do Regime Geral de Previdência: Comunicação de Acidentes de Trabalho - CAT (preenchida);Declaração do Superior Imediato informando que a ocorrência foi no ambiente de trabalho ou a serviço do órgão;Cópia do registro de ponto do mês da ocorrência, carimbada e assinada pelo superior;Boletim de Ocorrência (Policial, SAMU ou Corpo de Bombeiros) no caso de acidentes de trajeto.	
Doença Ocupacional	<ul style="list-style-type: none">Todos os documentos solicitados para Licença Médica, acima relacionados;Autuar processo no SEI e anexar documentação conforme exigência do Artigo 4º da Instrução Normativa n.º 06/2017 - GAB, disponível no site www.administracao.go.gov.br - Servidor - Saúde do Servidor.	
Perícia Documental	<ul style="list-style-type: none">Todos os documentos relacionados acima, observando o tipo de licença;Relatório Médico, com firma reconhecida, conforme Pareceres n.º 10214/12 e n.º 3285/2018 da PGE.	

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

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

Identificação do(a) Servidor(a):		
Nome: <u>Milton Eunipio da Silva Junior</u>		
CPF: <u>899.884.421-45</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data de Nascimento: <u>15/10/78</u>
Cargo: <u>Escritivo de Polícia Civil</u>		
Lotação: <u>SSP - Goiânia</u>		
E-mail: <u>mlt.sn.pc@6mail.com</u>		
Prontuário: _____	Fone: <u>61 991941967</u>	

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: _____

MILTON EURIPEDES TEIXEIRA JUNIOR

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:

F 14.2 TRANSTORNOS mentais e comportamentais devido uso de
COCAÍNA

F 31.2 TRANSTORNO afetivo bipolar / F 22 TRANSTORNO Delirante persistente

2 - Histórico/relatório da doença:

Paciente com histórico de uso abusivo de álcool e cocaína
há aproximadamente 04 (quatro) anos e 3 meses, com 4
internações terapêuticas, com fácil abertura por compulsão
e disautonomia no uso de substâncias psicoativas no momento
lucido, orientado e tempo e espaço, sem alterações neurológicas permanentes

3 - Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:

exame clínico e neurológico descrito a cima

4 - Conduta terapêutica detalhada, contendo:

4.1. Tratamento (medicamentoso/não medicamentoso):

VALPROATO de SÓDIO 500mg (1, 0, 1)
RISPERIDONA 3mg (0, 0, 1)
CLONAZEPAM 2mg (0, 0, 1)

4.2. Prognóstico:

Necessário de 90 dias, para tratamento

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

90 dias

A partir de: 10/11/20.

A patologia diagnosticada tem nexo com o trabalho do servidor?

X) Sim () Não

Dr. Rubens Almeida

Clínico Geral

CRM - DF 24.648

Médico(a) Assistente

(CRM, Assinatura e Carimbo)

A JACISSA BANCIA pôde contribuir
para as patologias supracitadas
com alto índice de
incidência

Local/Data:

10/11/20

10/11/20

RECINTO DE ENFERMAGEM
UBS OS



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade de Saúde _____

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a)

Sr.(a) MILTON EURIPIDES T JUNIOR

Foi atendido (a) na Unidade de UBS 05

do Recinto 115 Enxar no dia 10/11/20

às 09:00 horas. Necessitando de 90

(NOVETA) dias de repouso.

CID: F 41.2 / F 31.2 / F 22

Data: 10/11/20

10/11/20

Dr. Rubens Almeida
Clínico Geral
CRM - DF 24.648

Assinatura e Carimbo do Médico