

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)

Licença Médica e Prorrogação de Licença	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório Médico Padrão GESPRI, preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter assinatura e carimbo com CRM); • Declaração de Internação Hospitalar (original), caso tenha ocorrido internação (fornecido pelo hospital); • Cópias dos exames que comprovem o diagnóstico; • "Pasta Rosa" (cópia do prontuário, somente 1ª licença). 	
Licença à Gestante	APOS O NASCIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório Médico padrão GESPRI, preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter assinatura e carimbo com CRM); • Declaração de Internação Hospitalar (original); • Cópia da Certidão de Nascimento. NÃO É NECESSÁRIO AGENDAR PERÍCIA.
	GESTÇÃO EM CURSO	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório Médico padrão GESPRI, preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter assinatura e carimbo com CRM); • Cópia da primeira ultrassonografia (ecografia) realizada na gestação vigente; • Cópia do cartão gestante (se possuir). NECESSÁRIO AGENDAR - FONE: 3269-4202.
Licença Acompanhante	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório Médico Padrão GESPRI, preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter assinatura e carimbo com CRM); • 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 para Licença Médica, relacionados acima; • 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 para Licença Médica, relacionados acima; • Atualizar processo no SEI e anexar documentação conforme exigência do Artigo 4º da Instrução Normativa n.º 06/2017 - GAB, disponível no site www.segplan.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 PG8 	

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

Solicitação de Licença:

☒ Tratamento de Saúde ☐ A 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:

Nome do paciente: _____

Trata-se de Prorrogação? ☒ Sim ☐ Não

Parentesco: _____

Identificação do(a) Servidor(a):

Nome: Valdete Lora Alves

CPF: 438.089.801-68 Sexo: ☐ M ☒ F Data de Nascimento: 11/04/69

Cargo: ESCRIVÃO DE POLÍCIA/CLASSE ESPECIAL

Lotação: 93 DRP/CATALÃO

E-mail: valdeteloralves1@gmail.com

Prontuário GESPRI: _____ Fone: (64) 99239-8030

Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM n.º 1658/2002. Data: 15/08/2023

Assinatura do(a) Servidor(a) ou Responsável: Valdete Lora Alves

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):

câncer de cólon

2 - Histórico/relatório da doença:

Paciente portadora de câncer de cólon avançado com diagnóstico em 03/08/2020 quando foi submetida a cirurgia poliet. A apresentação carcinomatosa peritoneal e metástases hepáticas. Desde então em tratamento com quimioterapia e oxir. recede quimioterapia 3^{ra} linha devido a progressão da doença.

3 - Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:

hemo AB
Imunohistoquímica
PET-CT

4 - Conduta terapêutica detalhada, contendo:

4.1. Tratamento (medicamentoso/não medicamentoso):

Quimioterapia

4.2. Prognóstico:

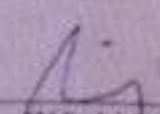
Doença avançada em tratamento poliet. rec.

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

A partir de: 11/06/2022

Informe:

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


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

Local:

Prédio

Data:

31/8/22

Valdete Lara Alves