

**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](http://www.segplan.go.gov.br))

<b>Licença Médica e Prorrogação de Licença</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Relatório Médico Padrão GESPARE, preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter assinatura e carimbo com CRM);</li> <li>Declaração de Internação Hospitalar (<b>original</b>), caso tenha ocorrido internação (fornecido pelo hospital);</li> <li><b>Cópias</b> dos exames que comprovem o diagnóstico;</li> <li>"Pasta Rosa" (capa do prontuário, somente 1ª licença).</li> </ul>
<b>Licença à Gestante</b>	<b>APÓS O NASCIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relatório Médico padrão GESPARE, preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter assinatura e carimbo com CRM);</li> <li>Declaração de Internação Hospitalar (<b>original</b>);</li> <li>Cópia da Certidão de Nascimento. <b>NÃO É NECESSÁRIO AGENDAR PERÍCIA</b>.</li> </ul>
	<b>GESTÇÃO EM CURSO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relatório Médico padrão GESPARE, preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter assinatura e carimbo com CRM);</li> <li>Cópia da primeira ultrassonografia (ecografia) realizada na gestação vigente;</li> <li>Cópia do cartão gestante (se possuir). <b>NECESSÁRIO AGENDAR – FONE: 3269-4202</b>.</li> </ul>
<b>Licença Acompanhante</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Relatório Médico Padrão GESPARE preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter assinatura e carimbo com CRM);</li> <li>Declaração de Internação Hospitalar (<b>original</b>), caso tenha ocorrido internação;</li> <li>Cópia dos exames que comprovem o diagnóstico;</li> <li>Cópia de documento que comprove o parentesco.</li> </ul>
<b>Acidente de Trabalho</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos os documentos para Licença Médica, relacionados acima;</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 a ocorrência foi no ambiente de trabalho ou a serviço do órgão;</li> <li>Cópia do registro de ponto do mês da ocorrência, carimbada e assinada pelo superior;</li> <li>Boletim de Ocorrência (Policial, SAMU ou Corpo de Bombeiros) no caso de acidentes de trajeto.</li> </ul>
<b>Doença Ocupacional</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos os documentos para Licença Médica, relacionados acima;</li> <li>Autuar processo no SEI e anexar documentação conforme exigência do Artigo 4º da Instrução Normativa n.º 06/2017 – GAB, disponível no site <a href="http://www.segplan.go.gov.br">www.segplan.go.gov.br</a> - Servidor – Saúde do Servidor.</li> </ul>
<b>Perícia Documental</b>		<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 n.º 10214/12 e n.º 3285/2018 da PGE.</li> </ul>

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

Solicitação de Licença:

☒ Tratamento de Saúde ☐ À 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: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Trata-se de Prorrogação? ☐ Sim ☒ Não

Identificação do(a) Servidor(a):

Nome: Vanessa Borges Ferreira

CPF: 797.866.771-53 Sexo: ☐ M ☒ F Data de Nascimento: 18/11/74

Cargo: Escrivão de Polícia de 1ª Classe DGPC - GO

Lotação: 2ª DRP (2ª Dep. Regional de Aparecida de Goiânia)

E-mail: vanessa.bf@policiacivil.go.gov.br

Prontuário GESPARE: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_



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):

CID D68.9 Trombocitopenia Etmecid + Anemia ferropica

2 – Histórico/relatório da doença:

O Sgromento siguteo e anemia ferropica em mteitiga. Precisa de 1 Vemana para completa recupera

3 – Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:

Em anexo

4 – Conduta terapêutica detalhada, contendo:

4.1. Tratamento (medicamentoso/não medicamentoso):

Furo 25 / Colomocina

4.2. Prognóstico:

Bom

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

7 dias

A partir de:

19/12/22

Informe:

A patologia diagnosticada tem nexa com o trabalho do servidor? ( ) Sim ( ) Não

Dr. Renato S. TAVARES  
Enghematologia-Hematerapia  
CRM 064100006539-9

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

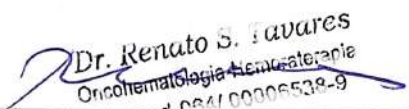
Local: Goiânia Data: 21/12/2022

## Atestado Médico

Na qualidade de seu médico assistente, atesto para os devidos fins, que o (a) **Sr<sup>a</sup> Vanessa Borges Ferreira** esteve nessa unidade em consulta médica no dia **16/12/2022**.

**CID-10 nº: D68.9**

**Goiânia, 16 de Dezembro de 2022.**

  
Dr. Renato S. Tavares  
Oncologia Hematologia Hemoterapia  
Unimed 0041/00006538-9

**Dr<sup>o</sup> Renato Sampaio Tavares**  
**(Hematologia)**  
**CRM 6538– GO**

Solicito e autorizo a equipe médica a revelar neste atestado o código da minha doença conforme Resolução CFM nº 1658/2002, artigo 5º, e assino:

  
**Assinatura do Paciente ou responsável**

Este atestado médico foi elaborado de conformidade com resolução do conselho Federal de Medicina – CFM e é válido para justificar o afastamento do trabalho, nas hipóteses e pelos períodos previstos na legislação de regência.

A falsidade da declaração sujeita o emissor às penalidades previstas no art. 302 do Código Penal.