



DIRETORIA-EXECUTIVA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR
GERÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR

RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA MÉDICA

(Revisão Março/2022)

NORMAS E ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

1. A perícia para solicitação de licença médica pode ser realizada presencialmente, por meio de agendamento prévio (telefone **62 3269-4310**), ou de forma documental para licença de até 90 dias (§3º, art.140, Lei 20.756/2020), e observando-se os Decretos governamentais que tratam da situação de emergência em saúde pública decorrente da COVID-19.
2. No caso de perícia documental, o Relatório Médico e os demais documentos necessários devem ser enviados em processo, via Sistema Eletrônico – SEI à unidade 02820.
3. Servidor diagnosticado suspeito de contaminação pelo coronavírus deve comunicar o fato à Junta Médica Oficial do Estado por meio de “Relatório Médico para Solicitação de Licença Médica – CORONAVÍRUS – COVID-19”, disponibilizado no sítio eletrônico da SEAD, juntamente com os demais documentos, que devem ser enviados em processo, via SEI, à unidade 02820.
4. O presente Relatório Médico deve conter a identificação do profissional com assinatura e carimbo com CRM.
5. O prazo legal para solicitar a licença médica é de 03 (três) dias úteis após o afastamento do trabalho sendo que, tratando-se de **PRORROGAÇÃO** de licença, o prazo é de 10 (dez) dias antes do vencimento da licença anterior.
6. Servidor com vínculo comissionado, contrato temporário ou do regime celetista, deve apresentar a **CÓPIA de todos os documentos, inclusive deste Relatório.**

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

(Formulários disponíveis no site www.administracao.go.gov.br - Servidor – Perícia Médica)

Em TODOS os casos apresentar: <ul style="list-style-type: none">▪ Este Relatório Médico, preenchido pelo Médico Assistente, contendo assinatura e carimbo com CRM;▪ Documento de identificação original, atualizado e com foto.		
Licença Médica e Prorrogação	<ul style="list-style-type: none">▪ Declaração de Internação Hospitalar original fornecida pelo hospital, caso tenha ocorrido internação;▪ Cópias dos exames que comprovem o diagnóstico.	
Licença à gestante	GESTÇÃO EM CURSO	<ul style="list-style-type: none">▪ Cópia da primeira ultrassonografia;▪ Cópia do cartão da gestante, se possuir. NECESSÁRIO AGENDAR PERÍCIA
	APÓS O NASCIMENTO	<ul style="list-style-type: none">▪ Declaração de Internação Hospitalar original, fornecida pelo hospital;▪ Cópia da Certidão de Nascimento. NÃO É NECESSÁRIO AGENDAR PERÍCIA.
Licença Acompanhante	<ul style="list-style-type: none">▪ Requerimento para Concessão de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família;▪ Declaração de Internação Hospitalar original fornecida pelo hospital, caso tenha ocorrido internação;▪ Cópia dos exames que comprovem o diagnóstico;▪ Cópia de documento que comprove o parentesco.	
Acidente de Trabalho Típico	Todos os documentos relacionados acima para solicitação de Licença Médica , acrescidos das exigências da Instrução Normativa 06/2017 GAB, disponível no site www.administracao.go.gov.br – Servidor – Saúde do Servidor: <ul style="list-style-type: none">▪ Servidores Efetivos: Ficha de Registro de Acidentes de Trabalho – FRAT devidamente preenchida;▪ Servidores do Regime Geral de Previdência: Comunicação de Acidentes de Trabalho – CAT devidamente preenchida;▪ Declaração do superior imediato atestando que o acidente ocorreu no ambiente de trabalho e/ou a serviço do órgão;▪ Cópia do registro de ponto do mês da ocorrência do acidente, devidamente carimbada e assinada pelo superior;	
Acidente de Trabalho de Trajeto	<ul style="list-style-type: none">▪ Todos os documentos relacionados acima para Acidente de Trabalho Típico, acrescidos do Boletim de Ocorrência (Policial, SAMU ou Corpo de Bombeiros).	
Doença Ocupacional	Todos os documentos relacionados acima para solicitação de Licença Médica , acrescidos das exigências da Instrução Normativa 06/2017 GAB, disponível no site www.administracao.go.gov.br – Servidor – Saúde do Servidor: <ul style="list-style-type: none">▪ Este Relatório Médico declarando ser a enfermidade causada por doença ocupacional;▪ Cópia dos exames referentes à patologia;▪ FRAT devidamente preenchida;▪ Relatório das condições de trabalho emitido pelo SESMT Público;▪ Declaração da chefia imediata com a descrição das atividades exercidas pelo servidor ou relatório da equipe bio-psico-social, quando houver.	



DIRETORIA-EXECUTIVA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR
GERÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR

RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

Nome: _____

CPF: _____ Sexo: () M () F Data de Nascimento: ____/____/____

Cargo: _____

Lotação: _____

E-mail: _____

Prontuário: _____ Fone: _____

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

Assinatura do(a) servidor(a) ou responsável: _____

Data: ____/____/____

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

() Licença Tratamento de Saúde () Licença à Gestante () Licença Acompanhante
() Acidente de Trabalho () Doença Ocupacional

Perícia Documental? () Sim () Não

Em caso de Licença Acompanhante, informar:

Nome do familiar: _____

Prorrogação? () Sim () Não

Parentesco: _____

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 o respectivo CID:

2 – Histórico/relatório da doença:

(* nos casos de psiquiatria, sendo possível, pontuar: primeiro episódio, gatilhos, periodicidade das crises, histórico familiar, fatores agravantes, fatores que contribuem para a melhora, acompanhamento em CAPS, internações.)



DIRETORIA-EXECUTIVA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR
GERÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR

3 – Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:

(* nos casos de psiquiatria, sendo possível, pontuar psicofármacos já utilizados e detalhes de cada ensaio, psicoterapias realizadas, terapias adicionais, ECT e, sendo o caso, anexar relatórios de outros profissionais envolvidos diretamente no tratamento.)

4 – Conduta terapêutica detalhada, contendo:

4.1. Tratamento (medicamentoso e/ou não medicamentoso):

4.2. Prognóstico:

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

A partir de: ____/____/____.

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

Local: _____ Data: ____/____/____