

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 (Policia, 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	() À Gestante
() Acidente de Trabalho	() Doença em Pessoa da Família
() Perícia Documental	() Doença Ocupacional
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 () Não	Parentesco: _____

Identificação do(a) Servidor(a):		
Nome: <u>Milton Euripedes Teixeira Júnior</u>		
CPF: <u>899.884.42-49</u>	Sexo: (<input checked="" type="checkbox"/>) M () F	Data de Nascimento: <u>15/10/78</u>
Cargo: <u>Escritor de polícia civil</u>		
Lotação: <u>SP/60</u>		
E-mail: <u>mt.pe.60@bnet.com</u>		
Prontuário: _____	Fone: <u>(61) 3384-0966</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 Eurpedes Texeira Junior

SEAD
Secretaria de
Estado de
Administração



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: **F14.2**

Uso abusivo de coqueína, com grande risco de overdose

2 – Histórico/relatório da doença:

Início abrupto em 08/2020, com sintomas depressivos e de ansiedade, mais foi diagnosticado uso de coqueína há 2 meses

3 – Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:

4 – Conduta terapêutica detalhada, contendo:

4.1. Tratamento (medicamentoso/não medicamentoso):

**Aidapax 100mg/dia
Lamotrigina 100mg/dia
Clonazepam 2mg**

4.2. Prognóstico:

Bom aderência e boa resposta a tratamento psicológico e farmacológico. Sugiro continuar a medicação e monitorar.

4.3. Sugestão de tempo de repouso, necessário à recuperação: **90 dias**

A partir de: **11/07/21**

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

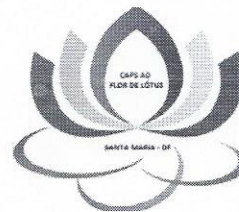
Médico(a) Assistente
(CRM, Assinatura e Carimbo)

Local/Data:

Belo Horizonte, 11/07/21



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE SAÚDE SUL
CAPS-AD Flor de Lótus de Santa Maria
Quadra 312, Conjunto H, Casa 12



BRASÍLIA, 05 DE JULHO 2021.

Relatório Médico

Identificação: Miltom Eurípedes Teixeira Júnior.
Data nascimento: 15/10/1978.

Prezados,

O paciente Miltom Eurípedes ainda não tem condição de retornar ao trabalho por evoluir com consumo de cocaína (recaídas). Instabilidade emocional é evidente às consultas Psiquiátricas e Psicológicas. Segue em uso de Ácido Valpróico 500mg 2 x dia + Lamotrigina 50mg 2 x dia e Clonazepam 2mg 1 x noite. Incapaz para o labor. Solicito que o mesmo permaneça afastado do trabalho por mais 90 (noventa) dias.

Cid: F14.2..

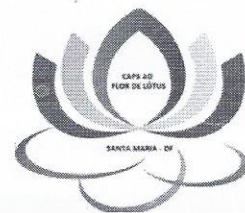
Atenciosamente,

Sandro Valleris de Oliveira Gomes – Psiquiatra – Crm Df 10096

SANDRO V. O. GOMES
PSIQUIATRA
CRM-DF 10096
RQE - 5166



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA REGIÃO DE SAÚDE SUL
CAPS-AD Flor de Lótus de Santa Maria
Quadra 312, Conjunto H, Casa 12
Tel. 3394-2513/ 3394-3968



Brasília, 11 de julho de 2021.

Atestado Médico

Atesto que Miltom Eurípdes Teixeira Júnior, nascido em 15/10/1978, está em atendimento no CAPS AD Flor de Lótus desde 24/08/2020.

Tem diagnóstico de CID 10: F14.2

Medicações prescritas: ácido valpróico 1000mg, lamotrigina 100mg, clonazepam 2mg

Observações: Ainda sem condições de retorno ao trabalho por evoluir com consumo de cocaína (recaídas). Instabilidade emocional evidente às consultas psiquiátricas e psicológicas. Sugiro afastamento por período adicional de 90 dias.

Maria Helena P P Oliveira
Psiquiatra - RO nº 11900
Psiquiatra da Infância e Adolescência RO nº 11900
CRM 19662

Maria Helena P P Oliveira
Psiquiatra
Psiquiatra da Infância e Adolescência
CRM DF 19662

concordo com CID divulgado

X