

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) 3269-4202/0800-6464202**.
2. É indispensável apresentação de documentação de identificação original, atualizada e com foto por ocasião da perícia.
3. Neste Relatório Médico deverá conter a identificação do profissional (Assinatura e CRM).
4. O prazo legal para dar entrada em solicitação de licença médica é de 03 (três) dias úteis após o afastamento do trabalho.
5. Em se tratando de prorrogação, 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.segplan.go.gov.br](http://www.segplan.go.gov.br))

Licença Médica e Prorrogação de Licença	✓ Relatório Médico Padrão GESPARE, preenchido pelo Médico Assistente; ✓ Declaração de Internação Hospitalar (original), caso tenha ocorrido internação (documento fornecido pelo hospital); ✓ Cópias dos exames que comprovem o diagnóstico; ✓ "Pasta Rosa" (capa do prontuário, somente 1ª licença).
Licença à Gestante	APÓS O NASCIMENTO ✓ Relatório Médico padrão GESPARE, preenchido pelo Médico Assistente; ✓ Declaração de Internação Hospitalar (original); ✓ Cópia da Certidão de Nascimento. <b>NÃO É NECESSÁRIO AGENDAR PERÍCIA.</b>
	GESTÃO EM CURSO ✓ Relatório Médico padrão GESPARE, preenchido pelo Médico Assistente; ✓ Cópia da primeira ultrassonografia (ecografia) realizada na gestação vigente; ✓ Cópia do cartão gestante (se possuir). <b>NECESSÁRIO AGENDAR – FONE: 3269-4202.</b>
Licença Acompanhante	✓ Relatório Médico Padrão GESPARE preenchido pelo Médico Assistente; ✓ 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.

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 Trata-se de Prorrogação? ( ) Sim ( ) Não	Em caso de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, informe: Nome do paciente: _____ _____ Parentesco: _____
---	---

Identificação do(a) Servidor(a): Nome: <u>Marcos da Silva Oliveira</u> CPF: <u>000.127.431-78</u> Sexo: ( <u>M</u> ) ( ) F Data de Nascimento: <u>05/07/87</u> Cargo: <u>Pixirina de Polícia</u> Lotação: <u>13=DRP/Força/Carvalhante</u> Prontuário GESPARE: _____ <u>(62) 99624-9732</u>
---

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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Modelo do Livro Verde

**SEGPLAN**

SECRETARIA DE ESTADO DE  
GESTÃO E PLANEJAMENTO

**GO**  
GOIÁS  
ESTADO INOVADOR

**GERÊNCIA DE SAÚDE E PREVENÇÃO**

**CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE FORMA LEGÍVEL, DE 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):

Trautorno ansioso F41.1

2 – Histórico/relatório da doença:

Paciente leve trautorno ansioso e por  
problemas no espaço de relacionamento  
afetivo e outros problemas.

Períodos de vazio quando  
está sozinho e está bem  
Após algumas horas.

4 – Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:

Exame físico  
não realizado

5 – Conduta terapêutica detalhada, contendo:

5.1. Tratamento (medicamentoso/não medicamentoso):

sem medicamentos.

5.2. Prognóstico:

está bem, não possui mais problemas

5.3. Sugestão de tempo de repouso estimado, necessário à recuperação e a partir da data:

retorno ao trabalho

**Informe:**

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

Rosane M. Z. A. Silveira  
Médico(a) Assistente  
(CRM, Assinatura e Carimbo)

Rosane M. Z. A. Silveira  
CRM 3645  
Psiquiatra  
Clínica de Repouso de Goiânia  
Rua R-12 271 Setor

Local: foram

Data: 14/12/18