

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 a apresentação do documento de identificação original atualizado e com foto.
3. Neste Relatório Médico deve constar 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, Contratados 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 diagnóstico. |
| Licença à Gestante | <p>APÓS O NASCIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Este Relatório preenchido pelo Médico Assistente (assinatura e carimbo com CRM); • Declaração de Internação Hospitalar (original); • Cópia de Certidão de Nascimento NÃO É NECESSÁRIO AGENDAR PERÍCIA. <p>GESTÇÃO EM CURSO</p> <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 diagnóstico; • Cópia de documento que comprove parentesco. |
| Acidente de Trabalho | <ul style="list-style-type: none"> • Todos os documentos solicitados para Licença Médica, acima relacionados; • Servidores Efetivos: Fichas de Registro de Acidentes de Trabalho - FRAT (preenchida); • Servidores do Regime Geral de Previdência: Comunicação de Acidentes de Trabalho - CAT (preenchida); • Declaração do Superintendente informando que a ocorrência foi no ambiente de trabalho ou a serviço do órgão; • Cópia do registro de ocorrência, canibada 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 solicitados para Licença Médica, acima relacionados; • Autuar processo no SEI e anexar documentação conforme exigência do Artigo 4º da Instrução Normativa nº 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 nº 10214/12 e nº 3285/2018 da PGE. |

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

| | | |
|--|---|---------------------------------|
| Solicitação de Licença | () A Gestante | () Doença em Pessoa da Família |
| (X) Tratamento de Saúde | () Doença Ocupacional | |
| () Acidente de Trabalho | | |
| () Perícia Documental | 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: REJANIO COSTA DOS SANTOS

CPF: 760.158.071-72

Sexo: (X) M () F Data de Nascimento: 22/11/1974

Cargo:

ADJUNTO DE POLÍCIA CLASSE ESPECIAL

Lotação:

NITB - S.P. I.

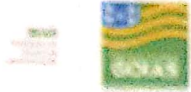
E-mail:

COSTA 849 @ Gmric.com

Prontuário:

Fone: 62- 99814 7043

Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM nº 1658/2002 Data 11/12/22 Assinado(a) Servidor(a) ou Responsável: _____



GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL

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

CONFORME RESOLUÇÃO CRM Nº 1881/2008

1 - Diagnóstico da patologia que acomete o(a) servidor(a) ou familiar, com respectivo CID:
(CID 10): F41.2 (Transtorno Depressivo e Anedônico)

2 - Histórico/releatório da doença:
O paciente vem apresentando sintomas refratários de humor rebaixado, angústia persistente, pensamento negativo, nega ideação suicida, hipovigília, apatismo, anedonia, hipobúlia, desânimo, baixa energia, irritabilidade, taquipsiquismo, isolamento social, sono não reparador.

3 - Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:
Não se aplica. Realizado avaliação clínica e exame psicopatológico.

4 - Conduta terapêutica detalhada, contendo:
4.1 Tratamento (medicamentoso ou não medicamentoso):
Divalcon ER 500mg 2x dia; Paroxetina 20mg 2xdia, Cogmax 1xdia, Apraz 0,5mg 2xdia + (S.O.S).
4.2 Prognóstico:
Regular
4.3 Sugestão de tempo de repouso, necessário à recuperação: 180 (cento e oitenta) dias
4.4 A partir de 19/10/2022

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

Dr. Carlos M. G. Costa
CRM 100.000.000-00
Rua 1, 111
Fátima - Goiânia - GO

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

Local/Data: Goiânia 19/10/2022

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE GOIÁS
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA
CIVIL

NOME

REJANIO COSTA DOS
SANTOS

CATEGORIA

ATIVO

AGENTE DE POLÍCIA DA CLASSE ESPECIAL

CARGO

Deusmy Aparecido Silva Filho
Delegado Geral Adjunto

DELEGADO GERAL DA POLÍCIA CIVIL

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

POLÍCIA CIVIL

O TITULAR TEM LIVRE PORTE DE ARMA E ACESSO AOS LOCAIS
SOB FISCALIZAÇÃO DA POLÍCIA, INCLUSIVE EM CASAS DE
DIVERSÕES PÚBLICAS E EVENTOS ESPORTIVOS.

FILIAÇÃO JOSÉ PINTO DOS SANTOS
IVONITA JANEIRA DA COSTA

NATURALIDADE
GOIÂNIA-GO

DATA DO NASCIMENTO
22/11/1974

RG
2179356 SSP-GO

Nº
5.276

G.S. RH
"A" (+)

CPF
760.158.071-72

VALIDADE
Indeterminada

POLEGAR DIREITO

GOIÂNIA, GO 21/12/2015

ASSINATURA DO PORTADOR

DECRETO Nº 3.682, DE 18-09-1991