

## GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL

## RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA MÉDICA

(Revisão 01- Junho/2019)

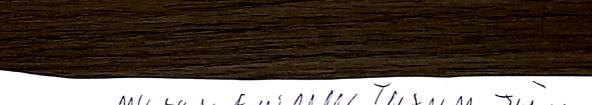
## Atençãol Normas e Orientações a serem seguidas:

- 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 <u>www.administracao.go.gov.br</u> - Servidor – Perícia Médica)

Prorrogação de Licença	<ul> <li>Este Relatorio Medico, preencindo pelo Medico Assistente (assinatora e carimos com citary)</li> <li>Declaração de Internação Hospitalar (original), caso tenha ocorrido internação (fornecido pelo hospital);</li> <li>Cópias dos exames que comprovem o diagnóstico.</li> </ul>		
Licença à Gestante	APÓS O NASCIMENTO  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.		
	<ul> <li>Este Relatório preenchido pelo Médico Assistente (assinatura e carimbo com CRM);</li> <li>Cópia da primeira ultrassonografia;</li> <li>Cópia do cartão gestante (se possuir). NECESSÁRIO AGENDAR – FONE: 3269-4310.</li> </ul>		
Licença Acompanhante	<ul> <li>Este Relatório preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter assinatura e carimbo com CRM);</li> <li>Requerimento para Concessão de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família;</li> <li>Declaração de Internação Hospitalar (original), caso tenha ocorrido internação;</li> <li>Cópia dos exames que comprovem o diagnóstico;</li> <li>Cópia de documento que comprove o parentesco.</li> </ul>		
Acidente de Trabalho	<ul> <li>Todos os documentos solicitados para Licença Médica, acima relacionados;</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>		
Doença Ocupacional	<ul> <li>Boletin de Occirches y Green, and Boletin de Occirches y Gree</li></ul>		
Perícia Documental	Todos os documentos relacionados acima, observando o tipo de licença; Relatório Médico, com firma reconhecida, conforme Pareceres n.º10214/12 e n.º 3285/2018 da PGE.		
CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO (A) SERVIDOR (A) DE FORMA LEGÍVEL			
Solicitação de Licença: (≥ Tratamento de Saúde ( ) Acidente de Trabalho			( ) À Gestante ( ) Doença em Pessoa da Família ( ) Doença Ocupacional
( ) Perícia Documental			Em caso de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, informe:  Nome do paciente:
Trata-se de Prorrogação? ( )Sim ( )Não		n ( )Não	Parentesco:
Identificação do(a) Servidor(a):  Nome: MICTUL RUNG NAME TRIFILM SUNID.			
CPF:			
Cargo:			
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. Data: /_/ Assinatura do(a) Servidor(a) ou Responsável:			

CFM n°. 1658/2002.



## MICHON EUNINAM TENING



COIAS
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:
F14,1
2 – Histórico/relatório da doença:
ALL COM AUA NO NO DEP QUI MI CA, COM TNIANA ONG FATANION, NO MOMAN FM MAIM AN INTANACAC
qui Mill our TNI NA ONG
ENTANION, NO MOMMAK
000 UN FA 211
3 — Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:
4 – Conduta terapêutica detalhada, contendo:
4.1. Tratamento (medicamentoso/não medicamentoso):  11  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1  1
11 - 41 - 500, CP 1914
4.2. Prognóstico:
NEGUCIA
4.3. Sugestão de tempo de repouso, necessário à recuperação: 90 C VO V FA PO A partir de: 06/01/27.
A patologia diagnosticada tem nexo com o trabalho do servidor? ( )Sim ( )Não
Médico(a) Assistente PRM 7808  (CRM, Assinatura e Carimbo)
Local/Data: