

## 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](http://www.administracao.go.gov.br) - Servidor - Perícia Médica)

Licença Médica e Prorrogação de Licença	<ul style="list-style-type: none"><li>Este Relatório Médico, preenchido pelo Médico Assistente (assinatura e carimbo com CRM);</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	<ul style="list-style-type: none"><li>Este Relatório preenchido pelo Médico Assistente (assinatura e carimbo com CRM);</li><li>Declaração de Internação Hospitalar (original);</li><li>Cópia da Certidão de Nascimento. <b>NÃO É NECESSÁRIO AGENDAR PERÍCIA.</b></li></ul>
	GESTÇÃO EM CURSO	<ul style="list-style-type: none"><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). <b>NECESSÁRIO AGENDAR - FONE: 3269-4310.</b></li></ul>
Licença Acompanhante	<ul style="list-style-type: none"><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 style="list-style-type: none"><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 (Policia, SAMU ou Corpo de Bombeiros) no caso de acidentes de trajeto.</li></ul>	
Doença Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"><li>Todos os documentos solicitados para Licença Médica, acima relacionados;</li><li>Autuar processo no SEI e anexar documentação conforme exigência do Artigo 4º da Instrução Normativa n.º 06/2017 - GAB, disponível no site <a href="http://www.administracao.go.gov.br">www.administracao.go.gov.br</a> - Servidor - Saúde do Servidor.</li></ul>	
Perícia Documental	<ul style="list-style-type: none"><li>Todos os documentos relacionados acima, observando o tipo de licença;</li><li>Relatório Médico, com firma reconhecida, conforme Pareceres n.º 10214/12 e n.º 3285/2018 da PGE.</li></ul>	

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

Solicitação de Licença:	
<input checked="" type="checkbox"/> Tratamento de Saúde	<input type="checkbox"/> À Gestante <input type="checkbox"/> Doença em Pessoa da Família
<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Doença Ocupacional
<input type="checkbox"/> Perícia Documental	Em caso de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, informe: Nome do paciente: _____ Parentesco: _____
Trata-se de Prorrogação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Identificação do(a) Servidor(a):		
Nome:	MILTON EUNIPERES TEIXEIRA JUNIOR	
CPF:	899.884.421-49	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data de Nascimento: 15/10/73
Cargo:	Escritório de Política	
Lotação:		
E-mail:	mt.teixeira@bma.go.gov.br	
Prontuário:	Fone: 61 3384-0592	

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: \_\_\_\_\_



1 - NILTON EURLAL  
TEIXEIRA JUNIOR



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 - TRANSTORNOS mentais e comportamentais devido ao  
uso de COCAÍNA

F31.2 - TRANSTORNO Afetivo Bipolar

2 - Histórico/relatório da doença:

PACIENTE com HISTÓRICO de uso abusivo de álcool e  
COCAÍNA há aproximadamente 04 (quatro) anos, com INTER-  
FERÊNCIA na vida familiar, social e profissional, com  
FÁCIL ABERTURA POR COMPULSÃO e DISAUTONOMIA no uso  
da substância psicoativa. NO MOMENTO apresenta LUCID  
ORIENTADO em tempo e espaço, sem alterações neurológicas  
permanentes apresenta bom CRÍTICO, porém com instabilidade

3 - Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:

exame clínico e neuropsiquiátrico acima  
descrito

4 - Conduta terapêutica detalhada, contendo:

4.1. Tratamento (medicamentoso/não medicamentoso):

- ① CLONAZEPAM 2mg 1x/Noite CONTÍNUO
- ② VALPROATO de SÓDIO 500mg 12/12hrs CONTÍNUO
- ③ RESPIRIDONA 3mg 1x/Noite

4.2. Prognóstico:

90 DIAS - com ajuste de doses terapêuticas + psicoterapia  
específica

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

90 DIAS

A partir de: 10/08/20

A patologia diagnosticada tem nexo com o trabalho do servidor?

Sim Não

Assinatura do Assistente  
(CRM, Assinatura e Carimbo)

Dr. Nelson F. Almeida  
CRM 123456789  
GOIÁS

Local/Data: Valparaíso - GO - 10/08/20





Governo Municipal

**Valparaíso**

de Goiás

Trabalhando junto com você!

## Secretaria Municipal de Saúde

### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que

MILTON EURIPIDES

TEIXEIRA JUNIOR

foi atendido (a) no Centro de Saúde do

CAIS no dia 10 / 08 / 20

necessitando de 90 dias de repouso.

CID. F 14.2 / F 31.2

Valparaíso de Goiás, 10 / 08 / 20

D. Rubens P. Almeida

Assinatura e Carimbo do Médico

CRM/GO 25004



Governo do Distrito Federal  
Secretaria de Estado de Saúde  
Subsecretaria de Atenção à Saúde

Unidade de Saúde: CAPS AD 5.4

## ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Sr.(a) Milton E. Teixeira Junior Atesto para os devidos fins que o(a)  
compareceu ao CAPS AD 5.4 - DF  
do \_\_\_\_\_

para: ☐ Acompanhamento de Paciente ☐ Consulta  
☐ Exame ☐ Terapêutica

☒ Outros: Avulção

Turno: Matutino

Sandro M. A. Gomes  
Psiquiatra  
CRM-DF 10790

Data: 24.08.2020

Sandro M. A. Gomes  
Psiquiatra  
CRM-DF 10790

Assinatura e Carimbo



# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA: FARMÁCIA  
2ª VIA: PACIENTE

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VALPARAÍSO DE GOIÁS  
Rua 06 Quadra 07 Lote 01 Bairro Parque Rio Branco  
Telefone: (61) 3627-1351  
CNPJ: 04.786.328/0001-36

Paciente: MILTON EURIPEDES  
Endereço: QD 02 COY E CASA 20 SUL GMA  
Prescrição: DO OREL  
① MLPRONTO 0.500mg 60CP  
Tomar 01 CP 0 12/12H  
② RESPIRIDONA 3mg 60CP  
Tomar 01 CP A NOIT  
③ CLONAZEPAN 2mg 60CP  
Tomar 01 CP A NOIT  
24 10/8/20  
Data

Dr. Rubens P. Almeida  
Clínica Médica  
CRM/DF 24648  
Assinatura e Carimbo  
do Emitente

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_  
Identidade Nº: \_\_\_\_\_ Órg. Em.: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do  
Farmacêutico

/ /  
Data





GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: <i>Enilton Euripedes Teixeira Júnior</i>		Reg.:
Unid. de Saúde:	Clínica:	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Emergência

Paciente compareceu ao Caps Ad-Santa Maria, porém houve erro na marcação da consulta e, por esse motivo, não houve atendimento psiquiátrico. A consulta foi remarcada para o dia 21/08/2020 com a psiquiatria às 8:00h.

'O FUMO FAZ MAL À SUA SAÚDE E À DOS OUTROS'

Data:

*31 '08 '2020*

*Assinatura e Carimbo*  
Caps - AD  
FLOR DE LOTUS  
SANTA MARIA - DF  
*Tec. enf.*  
*mat 0379588-0*





GDF - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
**CARTÃO DE ATENDIMENTO**

**CAPS AD**

UNID DE SAÚDE

DÍGITO TERMINAL

CRON - DALFA

HBDF - HSVP - HRS

INIC. NOME

DIA

MÊS

ANO

SEXO

1 = M

2 = F

15 10 78

NOME: **Milton Eurípedes Teixeira Junior**

PAI:

MÃE: **Sebastião Lopes Teixeira**

MOD.60.79

C. COMPUTADOR 65404

MED-105x148 mm D1/92

**GMS**

**3384.0592**

**MARCAÇÃO DE CONSULTAS**

DATA

HORA

CLÍNICA

UNIDADE

MÉDICO

14.08.20	14h00	Psiquiatria	CAPS AD	Maria Helena
01.09.20	10h00	Terapia Ind.	CAPS AD	Elaine
21-8-20	8:00	Psiquiatria	Caps	Maria Helena
24/09/20	8:00	PSIQ.	CAPS	DR. SANDRO