



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. Perícia será realizada **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 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. Comissários dos 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.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).• Cópia dos exames que comprovem o 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 da 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 de 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: Fichas 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 ocorreu no ambiente de trabalho ou a serviço do órgão.• Cópia do registro de ocorrência doméstica ou corporativa, carimbada e assinada pelo superior.• Boletim de Ocorrência Policial SAMU ou Corpo de Bombeiros (nos casos de acidentes de trajeto).
Doença Ocupacional	<ul style="list-style-type: none">• Todos os documentos solicitados para Licença Médica, acima relacionados.• Autuário processando SEI anexando documentação conforme exigência do Artigo 4º da Instrução Normativa nº 06/2017 - GAB, disponível no site www.administracao.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 102/14/12 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		
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sim () Não		

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

AGENTE DE POLÍCIA CLASSE ESPECIAL

Lotação

VIAB - S.P.J.

E-mail

COSTA 849 @ BOMPAIS.COM

Prontuário

Fone

98147043

Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM nº 1658/2002. Data 20/01/23 Assinado do(a) Servidor(a) ou Responsável: [Assinatura]



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:

(CID 10): F41.2 (Transtorno Depressivo e Ansioso)

2 – Histórico/relatório da doença.

O paciente mantém o quadro sintomas refratários de humor rebaixado, ansiedade antecipatória e angústia persistente, pensamentos negativos, nega ideação suicida, hipovolemia, apraxismo, anedonia, hipobulimia, 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/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 16/02/2023

A patologia diagnosticada tem nexocomo trabalho do servidor? ☒ Sim ☐ Não

Dr. Cláudio Cláudio de Araújo

CRM 14332

Rua 143, 265 (31.205-11, 12)

Recife, 16/01/2023

Médico(a) Assistente

(CRM, Assinatura e Carimbo)

Local/Data Goiânia

16/01/2023