

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 - 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 o diagnóstico. 	
Licença à Gestante	APÓS O NASCIMENTO	<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.
	GESTÇÃO EM CURSO	<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 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: Ficha 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 foi no ambiente de trabalho ou a serviço do órgão; Cópia do registro de ponto do mês da ocorrência, carimbada e assinada pelo superior; Boletim de Ocorrência (Policia, 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 n.º 06/2007 – 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 n.º 10214/12 e n.º 3285/2018 da PGE. 	

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

Solicitação de Licença:	
<input checked="" type="checkbox"/> Tratamento de Saúde	() À Gestante () Doença em Pessoa da Família
() Acidente de Trabalho	() 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	Parentesco: _____

Identificação do(a) Servidor(a):

Nome: Lucia Andreia Costa Gonçalves

CPF: 491628881-53 Sexo: () M (X) F Data de Nascimento: 12/07/66

Cargo: Escriturã de Polícia

Lotação: 13º Distrito Policial

E-mail: lucia.andreia@hotmail.com

Prontuário: _____ Fone: 982226257

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: _____