

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 (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 n.º 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 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	() 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: _____ _____ Parentesco: _____	
Trata-se de Prorrogação? () Sim () Não		

Identificação do(a) Servidor(a):		
Nome: <u>Renato Sabe Prado Augusto</u>		
CPF: <u>010.510.821-96</u>	Sexo: () M (X) F	Data de Nascimento: <u>05/05/85</u>
Cargo: <u>escritor de perícias de 2ª classe</u>		
Lotação: <u>GECCORF Perícias Civil</u>		
E-mail: <u>renato.sabe@gmail.com</u>		
Prontuário: _____	Fone: <u>(62) 99241-2423</u>	

Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM n.º 1658/2002. Data: 03/02/20 Assinatura do(a) Servidor(a) ou Responsável: Renato Sabe Prado Augusto

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:

F.32.7 - Transtorno Afetivo Bipolar - em remissão.

2 – Histórico/relatório da doença:

→ Paciente faz trat// nos meus cuidados profissionais há vários anos e com a redução do trat// observa que no momento está em condições para manter as atividades laborativas regulares. Não vejo necessidade de restrição a nenhuma atividade inclusive de porte de armas, estando sem sinais de nenhuma gravidade clínica.

3 – Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:

→ Anamnese.
→ Exame físico.

4 – Conduta terapêutica detalhada, contendo:

4.1. Tratamento (medicamentoso/não medicamentoso):

4.2. Prognóstico:

Bom.

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

A partir de: 7/7/7.

A patologia diagnosticada tem nexo com o trabalho do servidor? (☒) Sim (☐) Não

Dr. Paulo Franco de Lima
Médico Psiquiatra / CRM-GO: 10747
Av. T-15, nº 106, Setor Bueno
Goiânia-GO / CEP: 74230-010

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

Local/Data:

Goiânia

03/02/2020