

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.
	GESTÃO 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.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 type="checkbox"/> Tratamento de Saúde	<input checked="" type="checkbox"/> À Gestante	<input type="checkbox"/> Doença em Pessoa da Família
<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Doença Ocupacional	
<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 type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		

Identificação do(a) Servidor(a):		
Nome: <u>Paula C. Santana Gomes</u>		
CPF: <u>982.808.051-68</u>	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	Data de Nascimento: <u>04/07/82</u>
Cargo: <u>Agente de Polícia</u>		
Lotação: <u>3ª DRP</u>		
E-mail: <u>pchristina.08@gmail.com</u>		
Prontuário: _____	Fone: <u>(62) 99377-5208</u>	

Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM n.º 1658/2002. Data: 11/07/2019 Assinatura do(a) Servidor(a) ou Responsável: Paula Christina J. Gomes

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:

F31.7 - Transtorno Afetivo Bipolar - Atualmente, em remissão.

2 - Histórico/relatório da doença:

Refere-se paciente está sendo acompanhado, por mim, por T.A.B. (Transtorno Afetivo bipolar). No momento, está em remissão de seu quadro psiquiátrico relacionado ao T.A.B.

No presente data, apresenta-se em condições psíquicas de retomar as atividades laborais de forma integral: consciente; orientado e hipoquímico; humor eufórico; sem ideias suicidas e homicidas; seu quadro delirante-alucinatorio parou com captação de estímulos e auto-determinação preservada sem efeitos colaterais.

3 - Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:

Exame do Estado mental | Anamnese Psiquiátrica

4 - Conduta terapêutica detalhada, contendo:

4.1. Tratamento (medicamentoso/não medicamentoso):

Lítio 300 102; Quetiapina 200 002; Quetiapina 100 001;
Lamotrigina 100 102; CLONAZEPAM 2001 + prazosina.

4.2. Prognóstico:

No presente data, opta-se pelo retorno laboral do ponto de vista psiquiátrico. OBS: Relato médico feito para formulário por recomendação do local de trabalho (sic paciente).

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

A partir de: / / .

A patologia diagnosticada tem nexos com o trabalho do servidor?

☒ Sim ☐ NãoAnálise pelo
ponto do trabalho.

DR. MARCELO GONÇALVES
PSQUIATRA
CRM-GO 11092 / RQE - 8354
RUA 1º DE MAIO - N. 254 - CENTRO - ANÁPOLIS

Médico(a) Assistente
(CRM, Assinatura e Carimbo)Local/Data: Anápolis, 14/09/202011/09/2020