

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 06/2017 – 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:	
() 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>JANILDES MIRANDA DA SILVA</u>		
CPF: <u>018 348 711-74</u>	Sexo: (X) M () F	Data de Nascimento: <u>11/02/1987</u>
Cargo: <u>ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL</u>		
Lotação: <u>5ª DRP</u>		
E-mail: <u>janildesm2@gmail.com</u>		
Prontuário: _____		Fone: <u>(61) 99-228 8969</u>

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: _____

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:

F41.2 transtorno misto Depressivo - Ansioso.
F43 transtorno de adaptações

2 – Histórico/relatório da doença:

Paciente com quadro de tristeza, desânimo, irritabilidade, ansiedade, insônia, pensamentos negativos, ideias suicidas e homicidas. Uso abusivo de álcool.

3 – Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:

nen.

4 – Conduta terapêutica detalhada, contendo:

4.1. Tratamento (medicamentoso/não medicamentoso):

Fluvoxamina 200 7/dia, Bupropiona 300 7/dia, paroxetina 50 7/dia e naltrexona 100 7/dia.

4.2. Prognóstico:

Paciente apresenta recidiva do quadro com ideias suicidas, ansiedade e luto com álcool. Súplica recolher arma de fogo.

4.3. Sugestão de tempo de repouso, necessário à recuperação: cento e oitenta dias

A partir de: 07/11/19.

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

Dr. Danilo Dias da Cunha
Médico Psiquiatra
CRM-DF 18763 / CREMESP 25827
ROF 15967
Médico(a) Assistente
(CRM, Assinatura e Carimbo)

Local/Data: Brasília - DF

07/11/19