

GERÊNCIA DE SAÚDE E PREVENÇÃO
RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA MÉDICA

Atenção! Normas e orientações a serem seguidas:

1. Perícias são realizadas, **SOMENTE**, por agendamento, através dos telefones (62) 3269-4202/0800-646-4242.
2. É **indispensável** apresentação de documentação de **identificação original**, atualizada e com foto por ocasião da perícia.
3. O prazo legal para entrar com solicitação de licença médica é de até 03 (três) dias úteis após o afastamento do trabalho.
4. Em se tratando de prorrogação, o prazo é de 10 (dez) dias antes do vencimento da licença anterior.
5. Comissionados, Contratos Temporários e Celetistas deverão apresentar **cópia de todos os documentos relacionados à licença médica**.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS (Formulários disponíveis no site www.segplan.go.gov.br)

Licença Médica e Prorrogação de Licença	<ul style="list-style-type: none"> Relatório Médico Padrão GESPRES, preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter assinatura e carimbo com CRM); Declaração de Internação Hospitalar (original), caso tenha ocorrido internação (fornecido pelo hospital); Cópias dos exames que comprovem o diagnóstico; "Pasta Rosa" (capa do prontuário, somente 1ª licença).
Licença à Gestante	APÓS O NASCIMENTO <ul style="list-style-type: none"> Relatório Médico padrão GESPRES, preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter 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"> Relatório Médico padrão GESPRES, preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter assinatura e carimbo com CRM); Cópia da primeira ultrassonografia (ecografia) realizada na gestação vigente; Cópia do cartão gestante (se possuir). NECESSÁRIO AGENDAR – FONE: 3269-4202.
Licença Acompanhante	<ul style="list-style-type: none"> Relatório Médico Padrão GESPRES preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter assinatura e carimbo com CRM); 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 para Licença Médica, relacionados acima; 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 para Licença Médica, relacionados acima; Autuar processo no SEI e anexar documentação conforme exigência do Artigo 4º da Instrução Normativa n.º 06/2017 – GAB, disponível no site www.segplan.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:

(x) Tratamento de Saúde () À Gestante () Doença em Pessoa da Família

() Acidente de Trabalho () Doença Ocupacional

() Perícia Documental (enviar todos os documentos pelo SEI)

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: Caroline de Oliveira Souza

CPF: 019684011-21 Sexo: () M (x) F Data de Nascimento: 13/05/94

Cargo: Exercente de Polícia

Lotação: Delegacia de Polícia de Brangatu

E-mail: souzacaroline25@gmail.com

Prontuário GESPRES: _____ Fone: 6298148.3282

Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM n.º 1658/2002. Data: 15/02/21 Assinatura do(a) Servidor(a) ou Responsável: [Assinatura]

GERÊNCIA DE SAÚDE E PREVENÇÃO

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE DE FORMA LEGÍVEL, EM ACORDO COM A RESOLUÇÃO CFM 1851/2008.

1 – Diagnóstico(s) da(s) patologia(s) que acomete(m) o(a) servidor(a) ou familiar com respectivo(s) CID(s):

Transtorno de Adaptação (CID 10 F43.2) / Transtorno Misto (EID F41.2).

2 – Histórico/relatório da doença:

Paciente 26 anos, F, refere que há alguns meses iniciou com crises copiosas, pensamentos negativos (muito solidão), isolamento social, irritabilidade, vontade de morrer. Se sente muito opressa-se hipertensa, choro, hiperbulia, sem ideias suicidas porém com pensamentos de morte.

3 – Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:

Não houve necessidade de exames complementares.

4 – Conduta terapêutica detalhada, contendo:

4.1. Tratamento (medicamentoso/não medicamentoso):

Psicoterapia semanal, consultas mensais, uso diário dos medicamentos (Zolax / Latz (se insônia).

4.2. Prognóstico:


Bom, se paciente aderir ao tratamento proposto e adaptação laboral (nova lotação).

4.3. Sugestão de tempo de repouso, estimado, necessário à recuperação: 60 dias (semanais)

A partir de: 15/2/21.

Informe:

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


Dr. Sérgio Paulo Campos Soares
Psiquiatria
CRM-DF 18510
Médico(a) Assistente
(CRM, Assinatura e Carimbo)

Local: Brasília Data: 15/2/21



AÚNICA

Terapêutica domiciliar em saúde mental,
dependência química & tecnológica

Caroline de Oliveira Souza

Atributo psíquico

isto para os dados que
na presente data examinamos
deixa acima. A mesma ainda per-
manece em afastamento laboral por
60 (sessenta) dias.

P41.21 F43.2

15/2/21

Dr. Sérgio Paulo Campos Soares
Psiquiatria
CRM-DF 18510

SIA trecho 05 lote 05/35 - Ed. Import Center Loja 214 - Brasília - DF
61. 3036-7196 • contato@aunica.med.br • www.aunica.med.br



ÚNICA

Terapêutica domiciliar em saúde mental,
dependência química & tecnológica

Caroline de Oliveira Souza

Relatório Médico

Paciente 26 anos, fm, em 1ª consulta aos meus cuidados com quadro compatível com CID 10 F41.2/F43.2. Relata que há alguns meses iniciou com choro, pensamento negativo (menos valia), isolamento social, irritabilidade, conduta de risco ("penso as vezes que não devo ter o porte de arma") etc. Ao exame mental apresenta-se hipotímica, chorosa, hipobulíca, sem ideação suicida passiva com pensamentos de morte. Precisa de suporte farmacológico / Praz SC (800 - se incha). Solicito afastamento laboral por 60 (sessenta) dias. Nesse período paciente deve iniciar tratamento com consultas semanais, psicoterapia semanal e no dia das medicações. No momento com capacidade laboral comprometida.

15/02/21

SIA trecho 05 lote 05/35 - Ed. Import Center Loja 214 - Brasília - DF
61. 3036-7196 • contato@aunica.med.br • www.aunica.med.br

Dr. Sérgio Paulo Campos Soares
Psiquiatria
CRM-DF 18510

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



Única Serviços em saúde Ltda ME
CNPJ: 19.969.355/0001-11

ÚnicaKids

SIA Trecho 04, SENAP I

CL. Bloco B LT 11/30 Loja 02

Brasília-DF, CEP: 71.200-042

61 3036-7196

unicakidsadm@gmail.com

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Caroline de Oliveira Souza

Endereço: 28 QD 29 Lt 3 J. Planalto

Prescrição: uso oral

① Zedel 50mg 2x

Tomar 1x, manhã

Dr. Sérgio Paulo Campos Soares
Psiquiatria
CRM-DF 18510

Nome

Data

15/12/21

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: Caroline de Oliveira Souza

Ident.: 28 QD 29 Lt 3 J. Planalto Órg. Emissor: 60

Endereço: 28 QD 29 Lt 3 J. Planalto

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA:

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



Única Serviços em saúde Ltda ME

CNPJ: 19.969.355/0001-11

ÚnicaKids

SIA Trecho 04, SENAP I

CL. Bloco B LT 11/30 Loja 02

Brasília-DF, CEP: 71.200-042

☎ 61 3036-7196

✉ unicakidsadm@gmail.com

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente: Caroline de Oliveira Souza

Endereço: R 8 QD 29 dt3 J. Planalto

Prescrição: URO OMAL

① Pate SL 5mg 2x

Tomar 01cp, noite, x início

Dr. Sérgio Paulo Campos Soares
Psiquiatria
CRM-DF 18510

15/2/21
Data

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: Caroline de Oliveira Souza

Ident.: 19.969.355/0001-11

Org. Emissor: Única Kids

Endereço: R 8 QD 29 dt3 J. Planalto

Cidade: Brasília

UF: DF

Telefone: 61 3036-7196

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO [Assinatura]

DATA: 15/2/21