**REQUERIMENTO DE LICENÇA MÉDICA - RLM**

**DIRETORIA ADMINISTRATIVA**

DEPTO DE MEDICINA, SERVIÇO SOCIAL E SEGURANÇA DO TRABALHO

**ENDEREÇO: RUA APARICIO LORENA, 120 - JD LIBERDADE - JACAREÍ - S.P - Tel: (12)3954-0200**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR (REQUERENTE)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MATRÍCULA:** | **NOME DO SERVIDOR:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CARGO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | **UNIDADE** | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **TIPO DE LICENÇA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TRATAMENTO DE SAÚDE**  **LICENÇA MATERNIDADE  ACOMPANHAMENTO FAMILIAR  ACIDENTE DE TRABALHO (CAT/CIA N.º** **)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CAMPOS DE PREENCHIMENTO PARA ACOMPANHAMENTO FAMILIAR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **GRAU DE PARENTESCO** | | **PAIS** | | | | **FILHO/ENTEADO** | **CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)** | | | | **IRMÃO** | | | | | **OUTROS** | | | | |
| **IDADE** | **NOME DO FAMILIAR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PERÍODO DE AFASTAMENTO SUGERIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE: dia(s) de a** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CIÊNCIA DO SUPERIOR HIERÁRQUICO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATA DO PREENCHIMENTO:** | | | | **CHEFIA IMEDIATA**  **ASSINATURA E CARIMBO** | | | | **DIRETOR**  **ASSINATURA E CARIMBO** | | | | | | | **ASSINATURA DO SERVIDOR** | | | | |
| **/ /** | | | |  | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| **ORIENTAÇÕES**   1. O RLM (requerimento de licença médica) deverá ser preenchido somente nos campos: Identificação do servidor, Período solicitado e Ciência do superior hierárquico de forma legível. 2. O RLM deverá ser entregue em até 24 horas úteis contadas do primeiro dia útil subsequente ao da expedição do atestado médico, para realização de agendamento de perícia médica, se necessária. 3. Caso a entrega do RLM não seja realizado dentro do período de 24 horas supracitado ou ainda o atestado médico mencionar períodos de licença em caráter retroativo, o servidor deverá procurar o setor de Medicina do Trabalho e ingressar com requerimento, solicitando análise do caso. Para tanto, deverá constar no verso do RLM despacho justificando o atraso na entrega, com a ciência do secretário da pasta de origem do servidor ou seu designado. 4. É de responsabilidade exclusiva do servidor se manter informado quanto à data de realização da perícia médica, mesmo que o agendamento desta não seja realizado por ele. 5. Quando houver divergência entre o período solicitado pelo servidor e o período concedido pelo SESMT será de inteira responsabilidade do servidor manter contato com a gerência de Recursos Humanos desta autarquia para obtenção destas informações nos dias subsequentes ao da entrega do RLM. 6. O atestado médico para requerer licença para tratamento de saúde ou acidente de trabalho deverá conter, em obediência ao parágrafo único do Art. 3º, da Resolução nº 1851/2008 do Conselho Federal de Medicina, as seguintes informações: diagnóstico, resultados dos exames complementares, conduta terapêutica, prognóstico, consequências à saúde do paciente e o tempo de afastamento sugerido. O médico assistente deverá ainda registrar os dados de maneira legível (Código de Ética Médica, artigo 39, de 21/03/2004) e identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo com o número de registro no CRM. No caso de licença para acompanhamento familiar, o atestado deve conter, além do citado anteriormente, o nome do paciente, nome do servidor que irá realizar o acompanhamento, grau de parentesco com o servidor e diagnóstico. 7. Quando o servidor sofrer acidente de trabalho, deverá ser preenchido o Relatório de Acidente de Trabalho – juntamente ao superior hierárquico. O mesmo deverá ser encaminhado à Segurança do Trabalho para confecção do CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho. Após o preenchimento deste, deverá comparecer à Medicina do Trabalho, juntamente do segurança do trabalho, para perícia. 8. Quaisquer situações diferentes das expostas acima poderão ocasionar a recusa do recebimento ou a não homologação do RLM pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AVALIAÇÃO DO REQUERIMENTO DE LICENÇA MÉDICA **(PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO DEPTO DE MEDICINA, SERVIÇO SOCIAL E SEGURANÇA DO TRABALHO)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RLM HOMOLOGADA?** | | | **Tratamento de Saúde** | | | **Acompanhamento Familiar** | | | | **Licença Maternidade** | | | | **Acidente de Trabalho** | | | | | |
| SIM  NÃO | | | **AFASTAMENTO CONCEDIDO:** | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_ Dia(s) de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. | | | | | | | | | **CARIMBO E ASSINATURA HOMOLOGAÇÃO** | | | | | | | |
| **PROTOCOLO DE RECEBIMENTO**  **USO EXCLUSIVO SESMET** | | | | | **PROTOCOLO DE AGENDAMENTO** | | | | | | | | **PROTOCOLO DE LANÇAMENTO**  **USO EXCLUSIVO GRH** | | | | | |
|  | | | | | **DATA DA PERÍCIA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ HORÁRIO: \_\_\_\_\_** | | | | | | | | **LANÇADO EM: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_** | | | | | |
| **ASSINATURA** | | | | | **CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO AGENDAMENTO** | | | | **ASSINATURA DO SERVIDOR** | | | | **CARIMBO E ASSINATURA** | | | | | |