



SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO  
DIRETORIA-EXECUTIVA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR  
GERÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR

## RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA MÉDICA

(Revisão Março/2023)

### NORMAS E ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

1. A perícia para solicitação de licença médica pode ser realizada presencialmente, por meio de agendamento prévio (telefone **62 3269-4310**), ou de forma documental para licença de até 90 dias (§3º, art.140, Lei 20.756/2020), e observando-se os Decretos governamentais que tratam da situação de emergência em saúde pública decorrente da COVID-19.
2. No caso de perícia documental, o Relatório Médico e os demais documentos necessários devem ser enviados em processo, via Sistema Eletrônico – SEI à unidade 02820.
3. Servidor diagnosticado suspeito de contaminação pelo coronavírus deve comunicar o fato à Junta Médica Oficial do Estado por meio de “Relatório Médico para Solicitação de Licença Médica – CORONAVÍRUS – COVID-19”, disponibilizado no sítio eletrônico da SEAD, juntamente com os demais documentos, que devem ser enviados em processo, via SEI, à unidade 02820.
4. O presente Relatório Médico deve conter a identificação do profissional com assinatura e carimbo com CRM.
5. O prazo legal para solicitar a licença médica é de 03 (três) dias úteis após o afastamento do trabalho sendo que, tratando-se de **PRORROGAÇÃO** de licença, o prazo é de 10 (dez) dias antes do vencimento da licença anterior.
6. Servidor com vínculo comissionado, contrato temporário ou do regime celetista, deve apresentar a **CÓPIA de todos os documentos, inclusive deste Relatório.**

### DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

(Formulários disponíveis no site [www.administracao.go.gov.br](http://www.administracao.go.gov.br) - Servidor – Perícia Médica)

<b>Em TODOS os casos apresentar:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Este Relatório Médico, preenchido pelo Médico Assistente, contendo assinatura e carimbo com CRM;</li><li>▪ Documento de identificação original, atualizado e com foto.</li></ul>	
<b>Licença Médica e Prorrogação</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Declaração de Internação Hospitalar original fornecida pelo hospital, caso tenha ocorrido internação;</li><li>▪ <b>Cópias</b> dos exames que comprovem o diagnóstico.</li></ul>
<b>Licença à gestante</b>	GESTAÇÃO EM CURSO <ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Cópia</b> da primeira ultrassonografia;</li><li>▪ <b>Cópia</b> do cartão da gestante, se possuir. <b>NECESSÁRIO AGENDAR PERÍCIA</b></li></ul>
	APÓS O NASCIMENTO <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Declaração de Internação Hospitalar original, fornecida pelo hospital;</li><li>▪ <b>Cópia</b> da Certidão de Nascimento. <b>NÃO É NECESSÁRIO AGENDAR PERÍCIA.</b></li></ul>
<b>Licença Acompanhante</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Requerimento para Concessão de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família;</li><li>▪ Declaração de Internação Hospitalar original fornecida pelo hospital, caso tenha ocorrido internação;</li><li>▪ <b>Cópia</b> dos exames que comprovem o diagnóstico;</li><li>▪ <b>Cópia</b> de documento que comprove o parentesco.</li></ul>
<b>Acidente de Trabalho Típico</b>	<b>Todos</b> os documentos relacionados acima para solicitação de <b>Licença Médica</b> , acrescidos das exigências da Instrução Normativa 06/2017 GAB, disponível no site <a href="http://www.administracao.go.gov.br">www.administracao.go.gov.br</a> – Servidor – Saúde do Servidor: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Servidores Efetivos: Ficha de Registro de Acidentes de Trabalho – FRAT devidamente preenchida;</li><li>▪ Servidores do Regime Geral de Previdência: Comunicação de Acidentes de Trabalho – CAT devidamente preenchida;</li><li>▪ Declaração do superior imediato atestando que o acidente ocorreu no ambiente de trabalho e/ou a serviço do órgão;</li><li>▪ <b>Cópia</b> do registro de ponto do mês da ocorrência do acidente, devidamente carimbada e assinada pelo superior;</li></ul>
<b>Acidente de Trabalho de Trajeto</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Todos</b> os documentos relacionados acima para <b>Acidente de Trabalho Típico</b>, acrescidos do Boletim de Ocorrência (Policial, SAMU ou Corpo de Bombeiros).</li></ul>
<b>Doença Ocupacional</b>	<b>Todos</b> os documentos relacionados acima para solicitação de <b>Licença Médica</b> , acrescidos das exigências da Instrução Normativa 06/2017 GAB, disponível no site <a href="http://www.administracao.go.gov.br">www.administracao.go.gov.br</a> – Servidor – Saúde do Servidor: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Este Relatório Médico declarando ser a enfermidade causada por doença ocupacional;</li><li>▪ Cópia dos exames referentes à patologia;</li><li>▪ FRAT devidamente preenchida;</li><li>▪ Relatório das condições de trabalho emitido pelo SESMT Público;</li><li>▪ Declaração da chefia imediata com a descrição das atividades exercidas pelo servidor ou relatório da equipe bio-psico-social, quando houver.</li></ul>





SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO  
DIRETORIA-EXECUTIVA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR  
GERÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR

**RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA MÉDICA**

**IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F Data de Nascimento: / / \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Lotação: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM n.º 1658/2002.

Assinatura do(a) servidor(a) ou responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO (A) SERVIDOR (A) DE FORMA LEGÍVEL**

( ) Licença Tratamento de Saúde ( ) Licença à Gestante ( ) Licença Acompanhante  
( ) Acidente de Trabalho ( ) Doença Ocupacional

Perícia Documental? ( ) Sim ( ) Não

Em caso de Licença Acompanhante, informar:

Nome do familiar: \_\_\_\_\_

Prorrogação? ( ) Sim ( ) Não

Parentesco: \_\_\_\_\_

**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 o respectivo CID:

2 – Histórico/relatório da doença:

(\* nos casos de psiquiatria, sendo possível, pontuar: primeiro episódio, gatilhos, periodicidade das crises, histórico familiar, fatores agravantes, fatores que contribuem para a melhora, acompanhamento em CAPS, internações.)



SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO  
DIRETORIA-EXECUTIVA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR  
GERÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR

**3 – Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:**

(\* nos casos de psiquiatria, sendo possível, pontuar psicofármacos já utilizados e detalhes de cada ensaio, psicoterapias realizadas, terapias adicionais, ECT e, sendo o caso, anexar relatórios de outros profissionais envolvidos diretamente no tratamento.)

**4 – Conduta terapêutica detalhada, contendo:**

**4.1. Tratamento (medicamentoso e/ou não medicamentoso):**

**4.2. Prognóstico:**

**4.3. Sugestão de tempo de repouso, necessário à recuperação:** \_\_\_\_\_

A partir de: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Médico(a) Assistente**  
**(CRM, Assinatura e Carimbo)**

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_