



RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA MÉDICA

(Revisão Maio/2024)

NORMAS E ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

1. A solicitação de Licença Médica deve ser feita no Sistema Eletrônico de Informações (SEI).
2. Toda a documentação pertinente deve ser anexada ao processo no SEI e encaminhada para a unidade administrativa da Gerência Central de Saúde e Segurança do Servidor (código 02820).
3. A perícia presencial deve ser agendada previamente pelo telefone (62) 3201-6800.
4. Para o Relatório Médico pode ser utilizado um modelo diferente deste, desde que contenha todas as informações solicitadas, detalhando a história da doença atual com o quadro clínico apresentado, diagnóstico, CID-10 e o tratamento proposto.
5. O Relatório/Atestado Médico deve incluir a identificação do profissional com assinatura, carimbo e CRM.
6. A solicitação de Licença deve ser feita em até 3 (três) dias úteis após o afastamento do trabalho.
7. A prorrogação de licença deve ser solicitada com 10 (dez) dias de antecedência ao vencimento da licença anterior.
8. Todas as perícias para licença médica relacionadas a doenças mentais, independentemente do período de afastamento solicitado, devem ser realizadas de forma presencial com agendamento prévio pelo telefone (62) 3201-6800.
9. O servidor pode acompanhar o andamento do processo no SEI. O laudo com o resultado da perícia será emitido e anexado ao processo após o ato pericial.
10. Para dúvidas e esclarecimentos, entre em contato pelo número **(62) 3201-6800**.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

(Formulários disponíveis no site www.goias.gov.br/administracao/formularios)

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



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 () Readaptação/ Reabilitação

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: ____/____/____