

**GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL**  
**RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA MÉDICA**  
**– CORONAVÍRUS - COVID-19 –**

**Atenção! Normas e Orientações a serem seguidas:**

1. Perícias serão realizadas mediante análise da documentação enviada via Sistema Eletrônico de Informações – SEI para a Gerência de Qualidade de Vida Ocupacional, cod. (02820) ou via e-mail: [coronavirus.sead@goias.gov.br](mailto:coronavirus.sead@goias.gov.br)
2. É indispensável envio de cópia de documentação de identificação com foto e CPF.
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. Para mais informações entre em contato pelo telefone **(62) 3269-4310**.

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

<b>Licença Médica e Prorrogação de Licença</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Este Relatório Médico, preenchido pelo Médico Assistente (assinatura e carimbo com CRM);</li><li>▪ Declaração de Internação Hospitalar (original), caso tenha ocorrido internação (fornecido pelo hospital);</li></ul>
------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Identificação do(a) Servidor(a):  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )M ( )F Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Lotação: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Servidor(a) ou Responsável: \_\_\_\_\_

**CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE DE FORMA LEGÍVEL**  
**CONFORME RESOLUÇÃO CFM N.º 1851/2008.**

1 – Hipótese diagnóstica que acomete o(a) servidor(a):

2 – Histórico/relatório da doença:

### GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL

▪ – Conduta terapêutica adotada:

• Sugestão de tempo de repouso estimado: \_\_\_\_\_

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

A patologia diagnosticada tem nexa com o trabalho do servidor(a)?      ( ) Sim      ( ) Não

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

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