

## GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL

## RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA MÉDICA

(Revisão 01- Junho/2019)

## Atenção! Normas e Orientações a serem seguidas:

1. Perícias são realizadas, **SOMENTE** por agendamento, através do telefone **(62) 3269-4310**.
2. É indispensável apresentação de documento de identificação original, atualizado e com foto.
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. Tratando-se de **PRORROGAÇÃO** de Licença, o prazo é de 10 (dez) dias antes do vencimento da licença anterior.
6. Comissionados, Contratos Temporários e Celetistas: é imprescindível a apresentação de **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>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> <li><b>Cópias</b> dos exames que comprovem o diagnóstico.</li> </ul>
<b>Licença à Gestante</b>	APÓS O NASCIMENTO <ul style="list-style-type: none"> <li>Este Relatório preenchido pelo Médico Assistente (assinatura e carimbo com CRM);</li> <li>Declaração de Internação Hospitalar (<b>original</b>);</li> <li><b>Cópia</b> da Certidão de Nascimento. <b>NÃO É NECESSÁRIO AGENDAR PERÍCIA.</b></li> </ul>
	GESTAÇÃO EM CURSO <ul style="list-style-type: none"> <li>Este Relatório preenchido pelo Médico Assistente (assinatura e carimbo com CRM);</li> <li><b>Cópia</b> da primeira ultrassonografia;</li> <li><b>Cópia</b> do cartão gestante (se possuir). <b>NECESSÁRIO AGENDAR – FONE: 3269-4310.</b></li> </ul>
<b>Licença Acompanhante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Este Relatório preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter assinatura e carimbo com CRM);</li> <li>Requerimento para Concessão de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família;</li> <li>Declaração de Internação Hospitalar (original), 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</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos os documentos solicitados para Licença Médica, acima relacionados;</li> <li>Servidores Efetivos: Ficha de Registro de Acidentes de Trabalho – FRAT (preenchida);</li> <li>Servidores do Regime Geral de Previdência: Comunicação de Acidentes de Trabalho – CAT (preenchida);</li> <li>Declaração do Superior Imediato informando que a ocorrência foi no ambiente de trabalho ou a serviço do órgão;</li> <li><b>Cópia</b> do registro de ponto do mês da ocorrência, carimbada e assinada pelo superior;</li> <li>Boletim de Ocorrência (Policia, SAMU ou Corpo de Bombeiros) no caso de acidentes de trajeto.</li> </ul>
<b>Doença Ocupacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos os documentos solicitados para Licença Médica, acima relacionados;</li> <li>Autuar processo no SEI e anexar documentação conforme exigência do Artigo 4º da Instrução Normativa n.º 06/2017 – GAB, disponível no site <a href="http://www.administracao.go.gov.br">www.administracao.go.gov.br</a> - Servidor – Saúde do Servidor.</li> </ul>
<b>Perícia Documental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos os documentos relacionados acima, observando o tipo de licença;</li> <li>Relatório Médico, <b>com firma reconhecida</b>, conforme Pareceres n.º10214/12 e n.º 3285/2018 da PGE.</li> </ul>

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

Solicitação de Licença:		
( ) Tratamento de Saúde	( ) À Gestante	( ) Doença em Pessoa da Família
( ) Acidente de Trabalho	( ) Doença Ocupacional	
( ) Perícia Documental	Em caso de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, informe:	
	Nome do paciente: _____	
Trata-se de Prorrogação? ( )Sim ( )Não	Parentesco: _____	

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. Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do(a) Servidor(a) ou Responsável: \_\_\_\_\_

## GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL

**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 respectivo CID:

2 – Histórico/relatório da doença:

3 – Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:

4 – Conduta terapêutica detalhada, contendo:

4.1. Tratamento (medicamentoso/não medicamentoso):

4.2. Prognóstico:

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

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

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

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

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