



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 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: ▪ Relatório Médico, preenchido pelo Médico Assistente, contendo assinatura e carimbo com CRM; ▪ Documento de identificação original, atualizado e com foto.		
Licença Médica e Prorrogação	▪ Declaração de Internação Hospitalar original fornecida pelo hospital, caso tenha ocorrido internação; ▪ Exames que comprovem o diagnóstico.	
Licença à gestante	GESTÇÃO EM CURSO	▪ Primeira e última ultrassonografia; ▪ Cartão da gestante, se possuir.
	APÓS O NASCIMENTO	▪ Declaração de Internação Hospitalar original, fornecida pelo hospital; ▪ Certidão de Nascimento.
Licença Acompanhante	▪ 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 ▪ <u>Servidores Efetivos</u>: Ficha de Registro de Acidentes de Trabalho – FRAT devidamente preenchida; ▪ <u>Servidores do Regime Geral de Previdência</u>: 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	▪ 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 ▪ 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 nº. 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: ____/____/____