



DIRETORIA-EXECUTIVA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR
GERÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR

ANEXO ÚNICO

RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA MÉDICA – CORONAVÍRUS (COVID-19)

(Revisão Março/2022)

NORMAS E ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

1. A perícia será realizada mediante análise da documentação enviada via Sistema Eletrônico de Informações – SEI para a Gerência Central de Saúde e Segurança do Servidor, código da unidade 02820.
2. É indispensável o envio de cópia de documento de identificação atualizado com foto e CPF.
3. Este Relatório Médico deve conter a identificação do profissional, com assinatura e carimbo com CRM.
4. O prazo legal para solicitar a licença médica é de 03 (três) dias úteis após o afastamento do trabalho.
5. Para mais informações, entrar em contato pelo telefone **(62) 3269-4310**.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

(Formulários disponíveis no site www.administracao.go.gov.br - Servidor – Perícia Médica)

| | |
|-------------------------------------|--|
| Licença Médica e Prorrogação | <ul style="list-style-type: none">▪ Este Relatório Médico, preenchido pelo Médico Assistente, contendo assinatura e carimbo com CRM;▪ Documento de identificação atualizado e com foto;▪ Declaração de Internação Hospitalar original fornecida pelo hospital, caso tenha ocorrido internação. |
|-------------------------------------|--|

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: _____ Prontoário: _____ Fone: _____

Assinatura do(a) servidor(a) ou responsável: _____

Data: __/__/_____.

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE DE FORMA LEGÍVEL

CONFORME RESOLUÇÃO CFM N.º 1851/2008.

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



DIRETORIA-EXECUTIVA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR
GERÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR

2 – Histórico/relatório da doença:

3 – Conduta Terapêutica adotada:

- Sugestão de tempo de repouso estimado: _____

A partir de: ____/____/____

Médico(a) Assistente
(CRM, Assinatura e Carimbo)

Local: _____

Data: ____/____/____