

GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL

RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA MÉDICA

(Revisão 02- Abril/2021)

NORMAS E ORIENTAÇÕES IMPORTANTES

1. A perícia para solicitação de licença médica pode ser realizada presencialmente, por meio de agendamento prévio (telefone **62 3269-4310**), ou de forma documental para licença de até 90 dias (§3º, art.140, Lei 20.756/2020), e observando-se os Decretos governamentais que tratam da situação de emergência em saúde pública decorrente da COVID-19.
2. No caso de perícia documental, o Relatório Médico e os demais documentos necessários devem ser enviados em processo, via Sistema Eletrônico – SEI à unidade 02820.
3. Servidor diagnosticado suspeito de contaminação pelo coronavírus deve comunicar o fato à Junta Médica Oficial do Estado por meio de “Relatório Médico para Solicitação de Licença Médica – CORONAVÍRUS – COVID-19”, disponibilizado no sítio eletrônico da SEAD, juntamente com os demais documentos, que devem ser enviados em processo, via SEI, à unidade 02028.
4. O presente Relatório Médico deve conter a identificação do profissional com assinatura e carimbo com CRM.
5. O prazo legal para solicitar a licença médica é de 03 (três) dias úteis após o afastamento do trabalho sendo que, tratando-se de **PRORROGAÇÃO** de licença, o prazo é de 10 (dez) dias antes do vencimento da licença anterior.
6. Servidor com vínculo comissionado, contrato temporário ou do regime celetista, deve apresentar a **CÓPIA de todos os documentos, inclusive deste Relatório.**

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

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

<p>Em TODOS os casos apresentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Este 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; ▪ Cópias dos exames que comprovem o diagnóstico.
Licença à gestante	GESTAÇÃO EM CURSO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cópia da primeira ultrassonografia; ▪ Cópia do cartão da gestante, se possuir. NECESSÁRIO AGENDAR PERÍCIA
	APÓS O NASCIMENTO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Declaração de Internação Hospitalar original, fornecida pelo hospital; ▪ Cópia da Certidão de Nascimento. NÃO É NECESSÁRIO AGENDAR PERÍCIA.
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; ▪ Cópia dos exames que comprovem o diagnóstico; ▪ Cópia de documento que comprove o parentesco.
Acidente de Trabalho Típico	<p>Todos os documentos relacionados acima para solicitação de Licença Médica, acrescidos das exigências da Instrução Normativa 06/2017 GAB, disponível no site www.administracao.go.gov.br – Servidor – Saúde do Servidor:</p> <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; ▪ Cópia do registro de ponto do mês da ocorrência do acidente, devidamente carimbada e assinada 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	<p>Todos os documentos relacionados acima para solicitação de Licença Médica, acrescidos das exigências da Instrução Normativa 06/2017 GAB, disponível no site www.administracao.go.gov.br – Servidor – Saúde do Servidor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Este Relatório Médico declarando ser a enfermidade causada por doença ocupacional; ▪ Cópia dos 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.

Imprima todas as páginas em Frente e Verso

GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL
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

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.)

GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL

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: ___/___/___