

## 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 02820.
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](http://www.administracao.go.gov.br) - Servidor – Perícia Médica)

<p><b>Em TODOS os casos apresentar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Este Relatório Médico, preenchido pelo Médico Assistente, contendo assinatura e carimbo com CRM;</li> <li>▪ Documento de identificação original, atualizado e com foto.</li> </ul>	
<b>Licença Médica e Prorrogação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Declaração de Internação Hospitalar original fornecida pelo hospital, caso tenha ocorrido internação;</li> <li>▪ <b>Cópias</b> dos exames que comprovem o diagnóstico.</li> </ul>
<b>Licença à gestante</b>	GESTAÇÃO EM CURSO <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Cópia</b> da primeira ultrassonografia;</li> <li>▪ <b>Cópia</b> do cartão da gestante, se possuir. <b>NECESSÁRIO AGENDAR PERÍCIA</b></li> </ul>
	APÓS O NASCIMENTO <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Declaração de Internação Hospitalar original, fornecida pelo hospital;</li> <li>▪ <b>Cópia</b> da Certidão de Nascimento. <b>NÃO É NECESSÁRIO AGENDAR PERÍCIA.</b></li> </ul>
<b>Licença Acompanhante</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Requerimento para Concessão de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família;</li> <li>▪ Declaração de Internação Hospitalar original fornecida pelo hospital, 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 Típico</b>	<p><b>Todos</b> os documentos relacionados acima para solicitação de <b>Licença Médica</b>, acrescidos das exigências da Instrução Normativa 06/2017 GAB, disponível no site <a href="http://www.administracao.go.gov.br">www.administracao.go.gov.br</a> – Servidor – Saúde do Servidor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servidores Efetivos: Ficha de Registro de Acidentes de Trabalho – FRAT devidamente preenchida;</li> <li>▪ Servidores do Regime Geral de Previdência: Comunicação de Acidentes de Trabalho – CAT devidamente preenchida;</li> <li>▪ Declaração do superior imediato atestando que o acidente ocorreu no ambiente de trabalho e/ou a serviço do órgão;</li> <li>▪ <b>Cópia</b> do registro de ponto do mês da ocorrência do acidente, devidamente carimbada e assinada pelo superior;</li> </ul>
<b>Acidente de Trabalho de Trajeto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Todos</b> os documentos relacionados acima para <b>Acidente de Trabalho Típico</b>, acrescidos do Boletim de Ocorrência (Policial, SAMU ou Corpo de Bombeiros).</li> </ul>
<b>Doença Ocupacional</b>	<p><b>Todos</b> os documentos relacionados acima para solicitação de <b>Licença Médica</b>, acrescidos das exigências da Instrução Normativa 06/2017 GAB, disponível no site <a href="http://www.administracao.go.gov.br">www.administracao.go.gov.br</a> – Servidor – Saúde do Servidor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Este Relatório Médico declarando ser a enfermidade causada por doença ocupacional;</li> <li>▪ Cópia dos exames referentes à patologia;</li> <li>▪ FRAT devidamente preenchida;</li> <li>▪ Relatório das condições de trabalho emitido pelo SESMT Público;</li> <li>▪ Declaração da chefia imediata com a descrição das atividades exercidas pelo servidor ou relatório da equipe bio-psico-social, quando houver.</li> </ul>

**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

<input type="checkbox"/> Licença Tratamento de Saúde	<input type="checkbox"/> Licença à Gestante	<input type="checkbox"/> Licença Acompanhante
<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Doença Ocupacional	
Perícia Documental? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Em caso de Licença Acompanhante, informar: Nome do familiar: _____	
Prorrogação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_