

GERÊNCIA DE SAÚDE E PREVENÇÃO

RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA MÉDICA

Atenção! Normas e orientações a serem seguidas:

1. Perícias são realizadas, **SOMENTE**, por agendamento, através dos telefones **(62) 3269-4202/0800-646-4242**.
2. **É indispensável apresentação de documentação de identificação original, atualizada e com foto por ocasião da perícia.**
3. O prazo legal para entrar com solicitação de licença médica é de até 03 (três) dias úteis após o afastamento do trabalho.
4. Em se tratando de prorrogação, o prazo é de 10 (dez) dias antes do vencimento da licença anterior.
5. Comissionados, Contratos Temporários e Celetistas deverão apresentar **cópia de todos os documentos relacionados à licença médica.**

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS (Formulários disponíveis no site www.segplan.go.gov.br)

Licença Médica e Prorrogação de Licença	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório Médico Padrão GESPRES, preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter assinatura e carimbo com CRM); ▪ Declaração de Internação Hospitalar (original), caso tenha ocorrido internação (fornecido pelo hospital); ▪ Cópias dos exames que comprovem o diagnóstico; ▪ “Pasta Rosa” (capa do prontuário, somente 1º licença).
Licença à Gestante	APÓS O NASCIMENTO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório Médico padrão GESPRES, preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter assinatura e carimbo com CRM); ▪ Declaração de Internação Hospitalar (original); ▪ Cópia da Certidão de Nascimento. NÃO É NECESSÁRIO AGENDAR PERÍCIA.
	GESTAÇÃO EM CURSO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório Médico padrão GESPRES, preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter assinatura e carimbo com CRM); ▪ Cópia da primeira ultrassonografia (ecografia) realizada na gestação vigente; ▪ Cópia do cartão gestante (se possuir). NECESSÁRIO AGENDAR – FONE: 3269-4202.
Licença Acompanhante	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatório Médico Padrão GESPRES preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter assinatura e carimbo com CRM); ▪ Declaração de Internação Hospitalar (original), caso tenha ocorrido internação; ▪ Cópia dos exames que comprovem o diagnóstico; ▪ Cópia de documento que comprove o parentesco.
Acidente de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos os documentos para Licença Médica, relacionados acima; ▪ Servidores Efetivos: Ficha de Registro de Acidentes de Trabalho – FRAT (preenchida); ▪ Servidores do Regime Geral de Previdência: Comunicação de Acidentes de Trabalho – CAT (preenchida); ▪ Declaração do Superior Imediato informando que a ocorrência foi no ambiente de trabalho ou a serviço do órgão; ▪ Cópia do registro de ponto do mês da ocorrência, carimbada e assinada pelo superior; ▪ Boletim de Ocorrência (Policia, SAMU ou Corpo de Bombeiros) no caso de acidentes de trajeto.
Doença Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos os documentos para Licença Médica, relacionados acima; ▪ Autuar processo no SEI e anexar documentação conforme exigência do Artigo 4º da Instrução Normativa n.º 06/2017 – GAB, disponível no site www.segplan.go.gov.br - Servidor – Saúde do Servidor.
Perícia Documental	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos os documentos relacionados acima, observando o tipo de licença; ▪ Relatório Médico, com firma reconhecida, conforme Pareceres n.º10214/12 e n.º 3285/2018 da PGE.

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

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

Identificação do(a) Servidor(a):
Nome: _____
CPF: _____ Sexo: () M () F Data de Nascimento: ____/____/____
Cargo: _____
Lotação: _____
E-mail: _____
Prontuário GESPRES: _____ 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 SAÚDE E PREVENÇÃO

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE DE FORMA LEGÍVEL, EM ACORDO COM A RESOLUÇÃO CFM 1851/2008.

1 – Diagnóstico(s) da(s) patologia(s) que acomete(m) o(a) servidor(a) ou familiar com respectivo(s) CID(s):

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, estimado, necessário à recuperação: _____

A partir de: ___/___/___.

Informe:

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

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

Local: _____ Data: ___/___/___