

Gerência de Saúde e Prevenção

SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Licença para tratamento de Saúde | <input type="checkbox"/> Prorrogação de licença |
| <input type="checkbox"/> Licença gestante | <input type="checkbox"/> Reconsideração de licença |
| <input type="checkbox"/> Licença por motivo de doença em pessoa da família | <input type="checkbox"/> Outros |

Nome do Servidor: _____ (Obrigatório/Legível)

CPF: _____ Telefone(s): _____

RG: _____ Órgão: _____ UF: _____ Data de Expedição: ____/____/____

Cargo: _____ Lotação: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: () M () F

➤ **Antecedentes Médicos do Paciente:**

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| O(a) servidor(a) tem feito alguma resistência ao tratamento proposto | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| A patologia diagnosticada tem relação com o trabalho do servidor | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| A patologia é incompatível com o exercício do cargo | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

➤ **Em caso de licença por motivo de doença em pessoa da família, informe:**

Nome do doente: _____

Parentesco do paciente com o servidor: _____

Início da doença: ____/____/____

Início do tratamento: ____/____/____

Seu paciente desde: ____/____/____

Relatório sobre a doença:

Diagnóstico(s) com CID10:

Prognóstico e consequências à saúde do(a) paciente:
Provável tempo de repouso:
Resultados de exames:
➤ Se foi realizado algum procedimento cirúrgico, informe a via de acesso:
Médico Assistente: Assinatura: _____ Local: _____ (CRM e Carimbo – obrigatórios) Data: ____/____/____

A o S e r v i d o r

Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM n.º 1658/2002.	
Cliente: _____	Local: _____
Assinatura do Paciente ou Responsável	Data: ____/____/____

Servidor(a), você já possui prontuário na Gerência de Saúde? () sim () não. Caso afirmativo N° _____

Normas e orientações a serem seguidas

1. Apresentar documentos de identificação original (RG; CNH; Passaporte ou Carteira de Trabalho);
2. Não aceitamos cópias de atestados/relatórios médicos, que devem ser assinados e carimbados;
3. Todo atestado / relatório médico deverá conter a identificação completa do paciente e do médico assistente;
4. O prazo legal para dar entrada em solicitação de licença médica é de 03 (três) dias úteis após o afastamento do trabalho;
5. Em se tratando de prorrogação, o prazo é de 10 (dez) dias antes do vencimento da licença anterior;
6. Anexar cópias dos exames realizados.

➤ Documentos imprescindíveis para a entrada de licenças médicas disponíveis no site: www.segplan.go.gov.br

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Licença Médica e Prorrogação de Licença	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relatório Médico padrão GESPRES, preenchido pelo médico assistente. ➤ Declaração de internação hospitalar (original), caso tenha ocorrido internação. ➤ Cópia dos exames que comprovam o diagnóstico. ➤ Pasta "Rosa" (capa do prontuário, somente se 1º licença).
Licença Gestante	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relatório Médico padrão GESPRES, preenchido pelo médico assistente. ➤ Declaração de internação hospitalar (original). ➤ Cópia da Certidão de Nascimento, caso tenha ocorrido o parto. ➤ Ultra-sonografia, caso não tenha ocorrido o parto e/ou que comprove qualquer alteração na gestação.
Licença Acompanhante	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relatório Médico padrão GESPRES preenchido pelo médico assistente. ➤ Declaração de internação hospitalar (original), caso tenha ocorrido internação. ➤ Cópia dos exames que comprovam o diagnóstico. ➤ Cópia de documento que comprove o parentesco.

Atenção: Informações e agendamentos através do telefone: (62) 3269-4202.

Obrigatório trazer documento de identidade oficial com foto para a perícia.

SEGPLAN – Secretaria de Gestão e Planejamento - www.segplan.go.gov.br

Gerência de Saúde e Prevenção

Rua Dr. Olinto Manso Pereira, 45, Setor Sul - Goiânia - GO CEP 74083-105

Atenção: Informações e agendamentos através do telefone: (62) 3269-4202