

## Gerência de Saúde e Prevenção

Relatório médico para solicitação de Licença Médica  
do Servidor enquadrado no Regime Próprio de Previdência

SEDUC  
Secretaria de Estado  
da Educação



<p>Solicitação de Licença:</p> <p>( ) Tratamento de Saúde ( ) À gestante ( ) Doença em pessoa da família ( ) Acidente de trabalho ( ) Doença Ocupacional Trata-se de Prorrogação? Sim ( ) Não ( )</p>	<p>Em caso de licença por motivo de doença em pessoa da família, informe:</p> <p>Nome do paciente: _____</p> <p>Grau de parentesco: _____</p>
---	---

<p><b>Campos a serem preenchidos pelo(a) servidor(a) (preencher de forma legível)</b></p> <p>1 – Identificação:</p> <p>Nome: _____</p> <p>Data de Nascimento: ____/____/____</p> <p>CPF: _____ Sexo: ( ) M ( ) F</p> <p>Telefone: _____ Prontuário GESPRES: _____</p> <p>2 – Dados Funcionais:</p> <p>Cargo: _____ Data de Admissão: ____/____/____</p> <p>Função: _____ Carga Horária Semanal: _____</p> <p>Lotação: _____ Cidade: _____</p>
---

Caso não autorize a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM nº 1658/2002, assine abaixo.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Assinatura do servidor ou Responsável

<p><b>Campos a serem preenchidos pelo (a) médico(a) assistente (Favor, preencher todos os campos de forma legível)</b></p>
<p>1 – Diagnóstico(s) da(s) patologia(s) que acometem o (a) servidor (a) ou familiar com respectivos CIDs:</p>          
<p>2 – Histórico/relatório da doença:</p>          

Início da doença:     /     /     | Início do Tratamento:     /     /     | Seu paciente desde:     /     /

3 – Descreva prognóstico e consequência das patologias diagnosticadas e suas influências sobre a capacidade laboral do(a) servidor(a):
4 – Exames realizados que comprovem o diagnóstico emitido:
5 – Caso tenha havido procedimento cirúrgico, informe a vida de acesso:
6 – Tratamento instituído:

**Informe:**

O (a) servidor(a) efetivamente realiza os tratamentos propostos?   ( ) Sim   ( ) Não A patologia diagnosticada tem nexos com o trabalho do servidor?   ( ) Sim   ( ) Não
---

Tempo estimado de afastamento: _____ Servidor solicita licença médica a partir de: ____/____/____
--

\_\_\_\_\_  
Médico(a) Assistente  
CRM, assinatura e carimbo

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Atenção! Normas e orientações a serem seguidas:**

- 1 – Perícias realizadas por agendamento, através do telefone **(62) 3269-4202** ou **0800 646 4242** (para chamadas de telefone fixo da capital e interior);
- 2 – É indispensável apresentação de documentação de identificação original, atualizada e com foto, por ocasião da perícia;
- 3 – No relatório médico deverá conter a identificação do profissional (assinatura e CRM);
- 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 necessários para apreciação de solicitação de licenças médicas disponíveis no site:  
[www.segplan.go.gov.br](http://www.segplan.go.gov.br)

Licença Médica e Prorrogação da Licença	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Relatório médico padrão GESPRES, preenchido pelo médico assistente;</li> <li>➤ Declaração de internação hospitalar (original), caso tenha ocorrido internação (documento fornecido pelo hospital).</li> <li>➤ Cópias dos exames que comprovam o diagnóstico;</li> <li>➤ Pasta “Rosa” (capa do prontuário, somente se 1ª licença).</li> </ul>	
Licença à Gestante	NASCIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Relatório médico padrão GESPRES, preenchido pelo médico assistente;</li> <li>➤ Declaração de internação hospitalar (original),</li> <li>➤ Cópia da Certidão de Nascimento. NÃO É NECESSÁRIO AGENDAR PERÍCIA</li> </ul>
	GESTAÇÃO EM CURSO	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Relatório médico padrão GESPRES, preenchido pelo médico assistente;</li> <li>➤ Cópia da primeira ultrassonografia (ecografia) realizada em gestação vigente;</li> <li>➤ Cópia do cartão gestante (se possuir). NECESSÁRIO AGENDAR: FONE 3269-4202</li> </ul>
Licença Acompanhante	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Relatório médico padrão GESPRES, preenchido pelo médico assistente;</li> <li>➤ Declaração de internação hospitalar (original), caso tenha ocorrido internação;</li> <li>➤ Cópias dos exames que comprovam o diagnóstico;</li> <li>➤ Cópia do documento que comprova o parentesco.</li> </ul>	