

Gerência de Saúde e Prevenção
Relatório Médico para solicitação de Licença Médica
do Servidor enquadrado no Regime Próprio de
Previdência

Solicitação de licença: <input type="checkbox"/> Tratamento de saúde. <input type="checkbox"/> À gestante <input type="checkbox"/> Doença em pessoa da família <input type="checkbox"/> Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> Doença ocupacional Trata-se de Prorrogação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Em caso de licença por motivo de doença em pessoa da família, informe: Nome do paciente: _____ Qual é o parentesco: _____
---	--

Campos a serem preenchidos pelo(a) servidor(a) (preencher todos os campos de forma legível)

1 – Identificação do(a) servidor(a):
Nome: _____
CPF: _____ Sexo: M F Data /Nascimento: ____/____/____
Telefone: _____ Prontuário GESPRES: _____

2 – Dados funcionais:
Cargo: _____ Data de admissão: ____/____/____
Função: _____ Carga Horária: _____ semanal
Lotação: _____ Cidade: _____

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.

Assinatura do servidor(a) ou Responsável _____ Data: ____/____/____

Campos a serem preenchidos pelo(a) médico(a) assistente (favor, preencher todos os campos de forma legível)

1 – Diagnóstico(s) da(s) patologias que acometem o(a) servidor(a) ou familiar com respectivos CIDs:

2 – Histórico/relatório da doença:

Início da doença: ____/____/____	Início do tratamento: ____/____/____	Seu paciente desde: ____/____/____
----------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

3 – Descreva prognóstico e consequências das patologias diagnosticadas e suas influências sobre a capacidade laboral do(a) servidor(a):

4 – Exames realizados que comprovam o diagnóstico emitido:

5 – Caso tenha havido procedimento cirúrgico, informe a via 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

Licença Médica e Prorrogação de Licença	✓Relatório Médico padrão GESPRES, preenchido pelo médico assistente; ✓Declaração de internação hospitalar (original), caso tenha ocorrido internação(documento fornecido pelo hospital); ✓Cópias dos exames que comprovam o diagnóstico; ✓Pasta "Rosa" (capado prontuário,somentese1º licença).	
Licença à Gestante	NASCIMENTO	✓Relatório Médico padrão GESPRES, preenchido pelo médico assistente; ✓ Declaração de internação hospitalar (original); ✓ Cópia da Certidão de Nascimento. NÃO É NECESSÁRIO AGENDAR PERÍCIA
	GESTÇÃO EM CURSO	✓Relatório Médico padrão GESPRES, preenchido pelo médico assistente; ✓ Cópia da primeira ultra-sonografia (ecografia) realizada na gestação vigente; ✓ Cópia do cartão gestante (se possuir).NECESSÁRIO AGENDAR: FONE 3269-4202
Licença Acompanhante	✓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.	

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

Gerência de Saúde e Prevenção

Rua Dr. Olinto Manso Pereira, nº 45, Setor Sul, Goiânia - GO, CEP - 74.083-105

Perícias realizadas por agendamento, através dos telefones (62) 3269-4202 ou

0800 646 4242 (Para chamadas de telefone fixo da capital e interior)