

GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL

ANEXO ÚNICO

**RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA MÉDICA
– CORONAVÍRUS - COVID-19 –**

Atenção! Normas e Orientações a serem seguidas:

1. Perícias serão realizadas mediante análise da documentação enviada via Sistema Eletrônico de Informações – SEI para a Gerência de Qualidade de Vida Ocupacional, cod. (02820) ou via e-mail: coronavirus.sead@goias.gov.br
2. É indispensável envio de cópia de documentação de identificação com foto e CPF.
3. Neste Relatório Médico deverá conter a identificação do profissional (Assinatura e carimbo com CRM).
4. O prazo legal para entrar com solicitação de licença médica é de 03 (três) dias úteis após o afastamento do trabalho.
5. Para mais informações entre em contato pelo telefone **(62) 3269-4310**.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS (Formulários disponíveis no site www.administracao.go.gov.br - Servidor – Perícia Médica)

Licença Médica e Prorrogação de Licença	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Este Relatório Médico, preenchido pelo Médico Assistente (assinatura e carimbo com CRM); ▪ Declaração de Internação Hospitalar (original), caso tenha ocorrido internação (fornecido pelo hospital);
--	---

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

Identificação do(a) Servidor(a):
 Nome: _____
 CPF: _____ Sexo: ()M ()F Data de Nascimento: ____/____/____
 Cargo: _____
 Lotação: _____
 E-mail: _____ Prontuário: _____ Fone: _____
 Assinatura do(a) Servidor(a) ou Responsável: _____

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE DE FORMA LEGÍVEL

CONFORME RESOLUÇÃO CFM N.º 1851/2008.

1 – Hipótese diagnóstica que acomete o(a) servidor(a):

GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL

2 – Histórico/relatório da doença:

• – Conduta terapêutica adotada:

• Sugestão de tempo de repouso estimado: _____
A partir de: __/__/__.

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

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

Local/Data: _____ __/__/__.