

RELATÓRIO MÉDICO ASSISTENTE

Como médico assistente, solicito, do(a) Licença/saúde prorrogação de licença
servidor(a) abaixo assinado, a concessão Gestante Reconsideração de licença
ao mesmo de licença para: Outros

Nome do Servidor: _____
Cargo: _____ Lotação: _____
CPF: _____ Data Nascimento ____/____/____ Sexo: () M () F

Normas e orientações a serem seguidas em caso de licença por motivo de saúde:

Resolução CFM nº 1.851/2008:

Atestado solicitado pelo paciente ou seu representante legal para fins de perícia médica deverá observar:

- | | |
|--|--|
| I. O diagnóstico; | VI. O provável tempo de repouso estimado necessário para a sua recuperação, que complementar o parecer fundamentado do médico perito, a quem cabe legalmente a decisão do benefício previdenciário, tais como: aposentadoria, invalidez definitiva, readaptação; |
| II. Os resultados dos exames complementares; | VII. Registro dos dados de maneira legível; |
| III. A conduta terapêutica; | VIII. Identificar-se como emissor, mediante Assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina. |
| IV. O prognóstico; | |
| V. as consequências à saúde do paciente; | |
-

• **Antecedentes Médicos do Paciente – Dr(a). preencha sempre:**

- O tratamento proposto é o adequado à recuperação do(a) paciente? Sim Não
O(a) servidor(a) tem feito alguma resistência ao tratamento proposto? Sim Não
A patologia diagnosticada tem relação com o trabalho do(a) servidor(a) Sim Não
A patologia é determinante de incapacidade laborativa? Sim Não
A patologia é incompatível com o exercício do cargo? Sim Não
Há quanto tempo o(a) servidor(a) é seu paciente? _____
Há quanto tempo o(a) servidor(a) é portador da _____

Patologia diagnosticada neste atestado? _____

• **Instruções ao Servidor:**

1. **Não aceitamos xérox (mesmo autenticadas) de Atestado / Relatório Médicos, e estes devem ser assinados e carimbados pelo medico que a preencheu;**
2. Todo Atestado / Relatório Medico deverá conter a identificação completa do paciente;
3. O prazo para dar entrada em solicitação de licença medica na Gerência de Saúde e Prevenção é de 03 (três) dias úteis após o afastamento do trabalho;
4. Em se tratando de prorrogação, o prazo para entrada na Gerencia de Saúde e Prevenção é de 10 (dez) dias antes do vencimento da licencia anterior;
5. **Todos os xérox devem ser autenticados.- (pode trazer as originais que autenticamos aqui.)**
6. **Anexar xérox dos exames realizados que comprovam o diagnóstico do médico assistente.**

Licença Médica e Prorrogação de Licença	<ul style="list-style-type: none"> * Relatório Médico, preenchido pelo medico assistente (original) * Declaração de internação hospitalar (original) * Xérox dos exames que comprovam o diagnóstico * Xérox do Relatório de procedimento da sala de cirurgia / Anestesia / Cirurgião 	<ul style="list-style-type: none"> * Modelo disponível no website: <u>www.chapadaodoceu.go.gov.br</u> * Caso tenha havido internação
Licença Gestante	<ul style="list-style-type: none"> * Relatório Médico, preenchido pelo médico assistente (original) * Declaração de internação hospitalar (original) * Xérox da Certidão de Nascimento * Ultra-sonografia que comprove qualquer alteração na gestação 	<ul style="list-style-type: none"> * Modelo disponível no website: <u>www.chapadaodoceu.go.gov.br</u> * Caso tenha havido internação * Caso tenha ocorrido o parto * Caso não tenha ocorrido o parto
Licença Acompanhante	<ul style="list-style-type: none"> * Relatório Médico, preenchido pelo médico assistente (original) * Declaração de internação do paciente (original) * Xérox dos exames que comprovam o diagnóstico * Xérox de documento que comprove o parentesco 	<ul style="list-style-type: none"> * Modelo disponível no website: <u>www.chapadaodoceu.go.gov.br</u> * Caso tenha havido internação

Início da doença: ___/___/___	Início do tratamento: ___/___/___	Paciente desde: ___/___/___
-------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------

Relatório sobre a doença:

Diagnóstico(s) com CID 10:

Prognóstico e conseqüências à saúde do(a) paciente:

Provável tempo de repouso estimado:

Resultado de exames e Conduta Terapêutica:

- Se foi realizado algum procedimento cirúrgico, informe a via de acesso;

Médico Assistente:

Assinatura: _____
(CRM e Carimbo – obrigatórios)

Data do exame: ____/____/____

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

Ciente: _____
Assinatura do Paciente ou Responsável

Data: ____/____/____