

|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DE LICENÇA MÉDICA - RLM** |
| **PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE CARAGUATATUBA** |
| **SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO** |
| DEPARTAMENTO DE MEDICINA E SEGURANÇA DO TRABALHO |
| **ENDEREÇO: AVENIDA FREI PACÍFICO WAGNER, 1.011 - CENTRO - CARAGUATATUBA - S.P – Tel.: (12) 3885-1730.** |
| **Horário de funcionamento: Segunda a Sexta, das 09h00m às 16h30m medicina@caraguatatuba.sp.gov.br** |
| IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR (REQUERENTE) |
| **NOME DO SERVIDOR:** | **MATRÍCULA:** |
|  |  |
| **CARGO:** | **LOCAL DE TRABALHO:**  |
|       |       |
| **SECRETARIA:** | **REGIME DE CONTRATAÇÃO:** | **TELEFONE DO LOCAL DE TRABALHO**  |
| Secretaria Municipal de       | **[ ] EFETIVO** **[ ] CLT** **[ ] COMISSÃO [ ] TEMPORÁRIO** |       |
| **EMAIL DO SERVIDOR:** | **TELEFONE RESIDENCIAL DO SERVIDOR:** | **TELEFONE CELULAR DO SERVIDOR:** |
|       |       |       |
| **ENDEREÇO RESIDENCIAL:** | **BAIRRO:** | **CIDADE:** |
|       |       |       |
| **TIPO DE LICENÇA** |
| **[ ]  TRATAMENTO DE SAÚDE** **[ ]  LICENÇA MATERNIDADE [ ]  ACOMPANHAMENTO FAMILIAR [ ]  ABORTO [ ]  ACIDENTE DE TRABALHO (CAT/CIA N.º** **)** |
| **CAMPOS DE PREENCHIMENTO PARA ACOMPANHAMENTO FAMILIAR** |
| **GRAU DE PARENTESCO** | **[ ]  PAIS** | **[ ]  FILHO** | **[ ]  CÔNJUGE** | **[ ]  IRMÃO** |
| **NOME DO PARENTE:**       | **IDADE:**       |
|  |
| **PERÍODO DE AFASTAMENTO SUGERIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE:** **dia(s) de       /       /       a       /       /** |
| **CIÊNCIA DO SUPERIOR HIERÁRQUICO**  |
| **DATA DO PREENCHIMENTO:** |  | **ASSINATURA E CARIMBO DO SUPERIOR HIERÁRQUICO** |  | **ASSINATURA DO SERVIDOR** |
| **/** **/** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **- ORIENTAÇÕES -** |
| 1. O **RLM** (Requerimento de Licença Médica) deverá ser preenchido de forma **completa** e **somente** nos campos: Identificação do Servidor, Tipo de Licença, Período Solicitado e Ciência do Superior Hierárquico de forma **legível**.
2. O **RLM** deverá ser entregue em até **dois dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil subsequente ao da expedição do atestado médico**.
3. Caso a entrega do **RLM** não seja realizada dentro do período de dois dias úteis supracitados, o servidor deverá protocolar Requerimento Interno no Departamento de Medicina e Segurança do Trabalho / SECAD, devidamente preenchido, assinado e carimbado, solicitando análise do caso. Para tanto, deverá constar no Requerimento Interno a justificativa do atraso na entrega, com a ciência do secretário da pasta de origem do servidor ou seu designado.
4. É de responsabilidade **exclusiva** do servidor, o preenchimento correto e atualizado dos campos de identificação e contatos, para informativos, solicitações e convocações.
5. Quando houver divergência entre o período solicitado pelo servidor e o período concedido pelo DMST, será enviado e-mail para o servidor, através do endereço eletrônico constante no campo **“Identificação do Servidor”** do **RLM**, informando o período de afastamento médico concedido. Caso o servidor não possua acesso a e-mail, **será de sua inteira responsabilidade** manter contato com a Unidade de Recursos Humanos de sua Secretaria para obtenção destas informações.
6. O atestado médico para requerer licença para tratamento de saúde ou acidente do trabalho deverá conter, em obediência ao parágrafo único do Art. 3°, da Resolução n.º 1851/2008 do Conselho Federal de Medicina, as seguintes informações: diagnóstico, resultados dos exames complementares, conduta terapêutica, prognóstico, consequências à saúde do paciente e o tempo de afastamento sugerido. O médico assistente deverá ainda registrar os dados de maneira legível e identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo com o número de registro no CRM (Conselho Regional de Medicina) ou CRO (Conselho Regional de Odontologia). No caso de licença para acompanhamento familiar, o atestado deve conter, além do citado anteriormente, o nome do paciente, nome do servidor que irá realizar o acompanhamento, grau de parentesco com o servidor e o diagnóstico.
7. Importante salientar que pelo exposto acima, observados na Lei n.º 605/49, combinada com a Lei n.º 5.081/66, somente médicos e odontólogos  podem emitir atestados para fins de abono de faltas ao trabalho. As declarações de comparecimento/horas, emitidas pelos demais profissionais da saúde como: psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, exames complementares e afins, podem justificar a ausência do paciente na hora da consulta/exame, mas não abonar o dia de trabalho, não havendo a necessidade de emissão de RLM e protocolo no DMST/SECAD.
8. Quando o servidor estatutário sofrer acidente de trabalho, deverá ser preenchido o **CIA – Comunicado Interno de Acidente**. Caso o servidor seja regido pela CLT, o mesmo deverá ser encaminhado ao Departamento de Medicina e Segurança do Trabalho / SECAD para confecção do **CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho.** Em ambos os casos, se houver necessidade de afastamento, deverão ser protocolados com RLM conforme instruções anteriores.
9. Quaisquer situações diferentes das expostas acima poderão ocasionar a recusa do recebimento ou a não homologação do **RLM** pelo Departamento de Medicina e Segurança do Trabalho / SECAD
 |

|  |
| --- |
| AVALIAÇÃO DO REQUERIMENTO DE LICENÇA MÉDICA – DMST**(PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA E SEGURANÇA DO TRABALHO)** |
| **RLM HOMOLOGADO?** | **[ ]  Tratamento de Saúde** | **[ ]  Acompanhamento Familiar** | **[ ]  Licença Maternidade** | **[ ]  Aborto**  | **[ ]  Acidente de Trabalho** |
| [ ]  SIM [ ]  NÃO | **AFASTAMENTO CONCEDIDO:** |  |
| \_\_\_\_\_\_ Dia(s) de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ | **CARIMBO E ASSINATURA HOMOLOGAÇÃO** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROTOCOLO DE RECEBIMENTO****USO EXCLUSIVO DMST - SECAD** | **PROTOCOLO DE AGENDAMENTO** | **PROTOCOLO DE LANÇAMENTO****USO EXCLUSIVO DMST - SECAD** |
|  | **DATA DA PERÍCIA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ HORÁRIO: \_\_\_\_\_\_\_\_** | **LANÇADO EM: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_** |
| **ASSINATURA** | **CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO AGENDAMENTO** | **ASSINATURA DO SERVIDOR** | **CARIMBO E ASSINATURA** |