



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUERIMENTO DE LICENÇA MÉDICA - RLM** | | | | | | | | | | | | |
| **PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE CARAGUATATUBA** | | | | | | | | | | | | |
| **SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO** | | | | | | | | | | | | |
| DIVISÃO DE SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO | | | | | | | | | | | | |
| **ENDEREÇO: AVENIDA FREI PACÍFICO WAGNER, 985 - CENTRO - CARAGUATATUBA - S.P – Tel.: (12) 3886-3703.** | | | | | | | | | | | | |
| **Horário de funcionamento: Segunda a Sexta, das 09h às 16h30min 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 na Divisão de Saúde e Segurança no 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 pela DSST, 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 na DSST/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 à Divisão de Saúde e Segurança no 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** pela Divisão de Saúde e Segurança no Trabalho / SECAD |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| AVALIAÇÃO DO REQUERIMENTO DE LICENÇA MÉDICA – DSST **(PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA DIVISÃO DE SAÚDE E SEGURANÇA NO 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 DSST - SECAD** | **PROTOCOLO DE AGENDAMENTO** | | **PROTOCOLO DE LANÇAMENTO**  **USO EXCLUSIVO DSST - SECAD** |
|  | **DATA DA PERÍCIA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ HORÁRIO: \_\_\_\_\_\_\_\_** | | **LANÇADO EM: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_** |
| **ASSINATURA** | **CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO AGENDAMENTO** | **ASSINATURA DO SERVIDOR** | **CARIMBO E ASSINATURA** |