

Anexo 2

Solicitação de Perícia Domiciliar e/ou Hospitalar

(observar as orientações gerais no verso)

Cód. CONARQ - 024.3	Cód.: 002	ANO: 17	Versão: 01	Data: 08/09/2017
---------------------	-----------	---------	------------	------------------

Ao Núcleo de Saúde e Segurança do Trabalho do IF Farroupilha

Nome: _____

Matrícula SIAPE nº _____

Cargo: _____

Campus/lotação: _____

Endereço: _____

Email/Fone: _____

Dados para Análise

Data do Atestado: _____

Data da Solicitação: _____

Número de Dias do Atestado: _____

Descreva problemática/diagnóstico

Justificativa para realização da perícia solicitada

1. O paciente encontra-se hospitalizado?

() Sim. () Não

A previsão de internação é superior a 5 dias?

() Sim () Não

2. O paciente está em regime de internação hospitalar?

() Sim () Não

3. A patologia atual gera imobilidade/restrrição ao leito?

() Sim () Não

Local e data: _____, _____ de _____, de _____.

[Nome e assinatura do solicitante]

Orientações Gerais

Licença para Tratamento de Saúde do Próprio Servidor

É necessário, que o corpo do atestado médico/odontológico conste:

- CID (Código Internacional de Doenças);
- Número de dias de afastamento;
- CRM/CRO e assinatura legível do médico/odontólogo assistente;

Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família

- Conforme comunicado da Secretária de Gestão Pública/SEGEP divulgado em 20/05/2014: “[...] para a concessão da Licença Acompanhamento de Pessoas da família a perícia deverá ser realizada no familiar ou dependente legal”.

- É necessário que o servidor realize o cadastramento de pessoa da família junto a Gestão de Pessoas da sua Unidade.

É necessário, que o corpo do atestado médico/odontológico conste:

- Nome e o grau de parentesco com o servidor;
- CID (Código Internacional de Doenças);
- Número de dias de afastamento;
- CRM/CRO e assinatura legível do médico/odontólogo assistente;

Salienta-se que o deferimento desta solicitação está condicionado ao cumprimento das orientações acima e a avaliação dos profissionais do Serviço de Perícia Oficial em Saúde.

Preenchimento exclusivo do serviço de perícia oficial em saúde

() Solicitação deferida

() Solicitação indeferida

Local e data: _____, _____ de _____, de _____.

[Médico(a) Perito(a)]