

OBSERVAÇÕES GERAIS:

1 - A solicitação de licença médica deve ser realizada no prazo de 5 dias **CORRIDOS** contando do início da licença.

2 - O CID da questão médica que gerou a necessidade de licença deve constar no atestado, bem como a quantidade de dias de licença.

3 - No caso de Licença para acompanhamento de familiar doente, a perícia será realizada no familiar doente e é imprescindível que o familiar conste nos assentamentos funcionais como dependente do servidor PARA ESTE FIM. Potanto, certifique-se de cadastrar seus dependentes marcando a opção correspondente no momento do cadastro.

4 - O número 52 no CRM dos médicos refere-se ao registro ser do Rio de Janeiro, portanto, o número a ser preenchido como registro do profissional deve ser o que consta depois do "52", já que a UF já estará sinalizada.

5 - Sendo caso de Acidente em serviço, o servidor precisará de 2 vias do "Comunicado de Acidente em Serviço – CAS", o comparecimento à Seção de Pessoal será necessária para assinatura do formulário pelo chefe de pessoal.

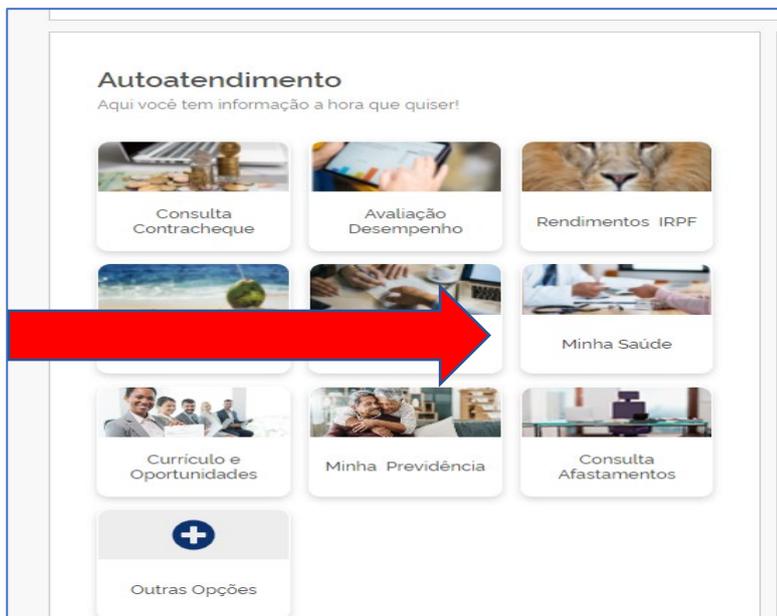
6 - Solcitação de perícia domiciliar depende de atestado médico circunstânciado que justifique a impossibilidade de o servidor comparecer ao setor de perícias.

7 - Avaliação pericial por telessaúde NÃO está sendo realizada no âmbito da UFRJ até o presente momento.

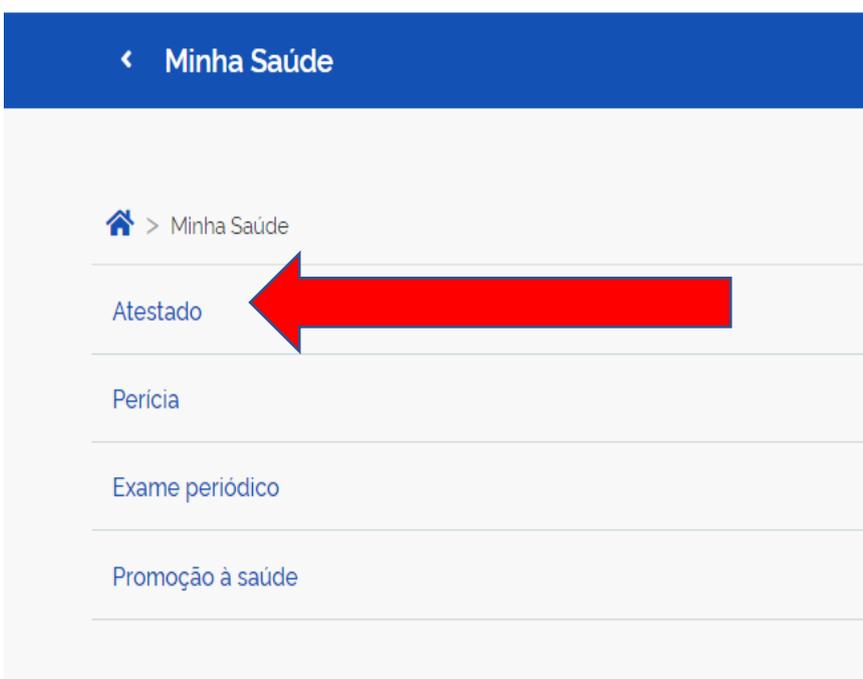
8 – O documento de oficialização da licença médica, o qual será provido pela DVSST em 2 vias, deve ser entregue à seção de pessoa para anexação na pasta funcional.

PASSO A PASSO:

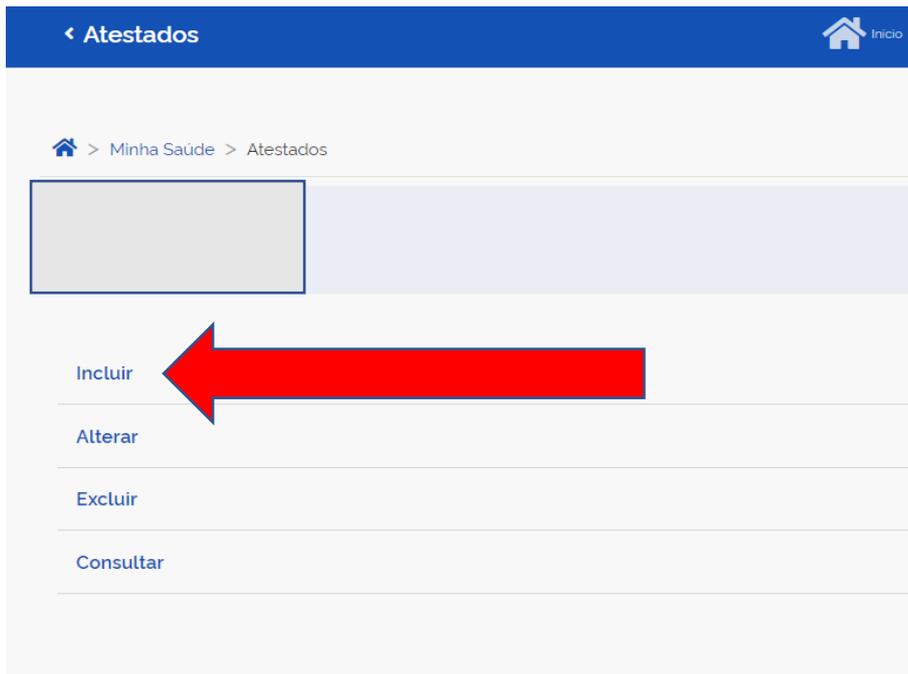
- Entrar em <https://sougov.sigep.gov.br/sougov/> e logar com o GOVBR OU usar o aplicativo.
- Clicar em “Minha Saúde” na área de “Autoatendimento”.



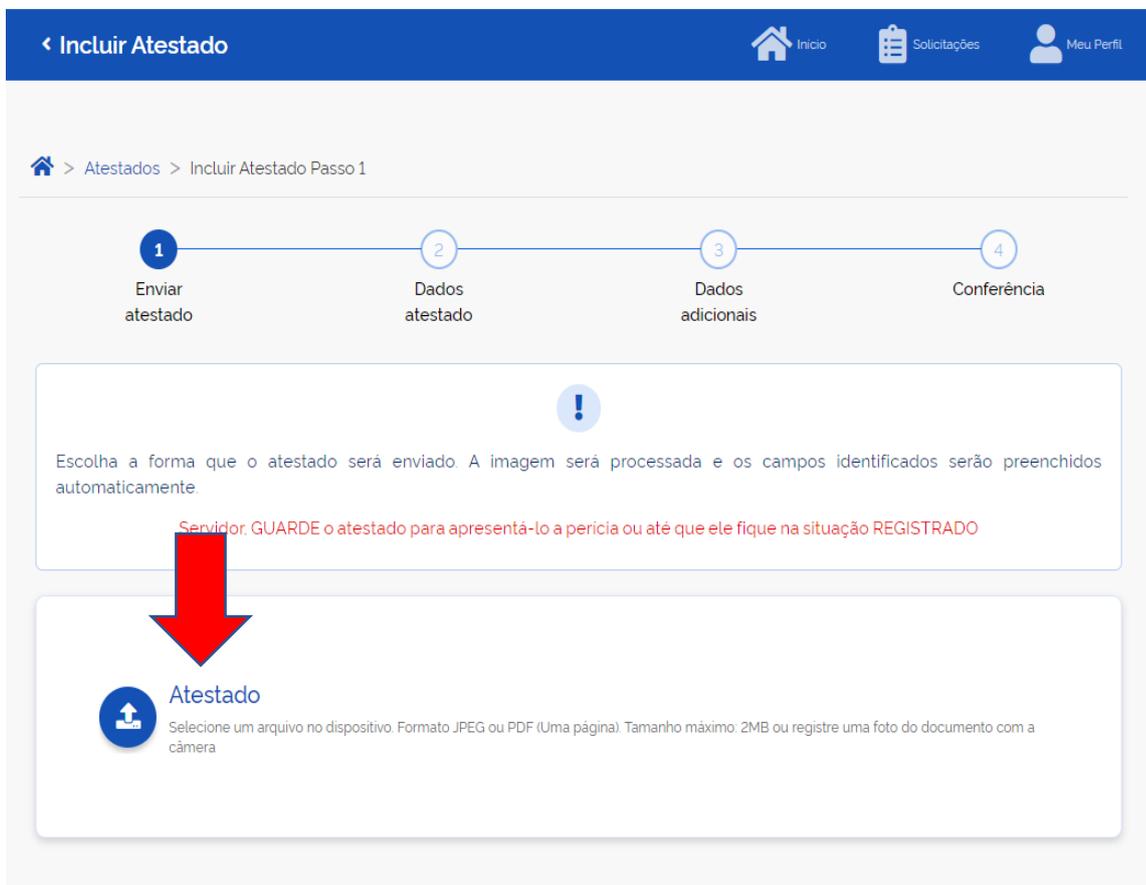
- “Atestado”, na tela seguinte.



- "Incluir".



- Inclua o PDF/foto do atestado (OBS: com o aplicativo, é possível tira foto para anexação direta)



- Preencha os dados na tela seguinte.

1 Atestado para: "Própria saúde" ou "pessoa da família".

2 Conselho: "CRM" ou "CRO" // UF // Registro: números após o "52", no caso de CRM.

*Com o preenchimento do registro, o nome do profissional irá aparecer automaticamente.

3 Dias de afastamento e data de início do afastamento, lembrando do prazo de 5 dias corridos para solcitação.

4 CID, que deve constar no atestado.

The screenshot shows a web interface for adding a certificate. At the top, there is a blue navigation bar with the title '< Incluir Atestado' and three icons: 'Início' (home), 'Solicitações' (requests), and 'Meu Perfil' (my profile). Below the navigation bar, the form is divided into two main sections. The first section, titled 'Registro Profissional no Conselho de Classe', contains three dropdown menus for 'Conselho', 'UF', and 'Registro', followed by a text input field for 'Profissional'. The second section, titled 'Afastamento Solicitado', contains two dropdown menus for 'Dias de Afastamento' and 'Início do Afastamento'. Below these is an information box with an 'i' icon and the text: 'A CID é composta por uma letra e números, por exemplo J10 ou Z965. Em caso de não preenchimento do campo CID, será obrigatória a avaliação pericial.' This is followed by a text input field for 'CID'. At the bottom of the form is a text input field for 'Atestado' and a button labeled 'Visualizar anexo' with a document icon. At the very bottom of the page are two buttons: 'Anterior' with a left arrow and 'Próximo' with a right arrow.

- Na tela seguinte, preencha o telefone de contato e selecione o que for pertinente.

[← Incluir Atestado](#) [Início](#) [Solicitações](#) [Meu Perfil](#)

Dados de Contato

DDD Telefone Contato

i

Selecione este item apenas se você tiver indícios que esse afastamento é decorrente de um acidente em serviço ou de moléstia profissional, pois será obrigatória a avaliação pericial, independentemente da quantidade de dias de afastamento.

Houve um indicativo de acidente em serviço ou moléstia profissional

i

Selecione este item se estiver fora de sua localidade de exercício.

Estou em viagem, fora da localidade de minha unidade de exercício.

i

Selecione perícia externa apenas nos casos em que o periciando, servidor ou seu familiar, esteja internado e sem previsão de alta ou impossibilitado de locomoção.

Tenho necessidade de perícia hospitalar ou domiciliar

i

Você autoriza a realização da avaliação pericial por telessaúde?

Sim Não

[← Anterior](#) [Próximo →](#)

- Realize a conferência e clique em “enviar”. A perícia será agendada ou, não sendo necessária perícia, a licença será homologada.

Dados para envio do atestado

Atestado para	Própria Saúde
Vinculo	26245 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Enviar para	SIASS - UFRJ/PR4/CPST

Atestado

 [Visualizar anexo](#)

Registro Profissional no Conselho de Classe

Conselho	UF	Registro
CRM	RJ	
Profissional		

Afastamento Solicitado

Dias de Afastamento	Início do Afastamento
CID	Descrição

Dados adicionais

Telefone de contato

- Houve um indicativo de acidente em serviço ou moléstia profissional.
- Estou em viagem, fora da localidade de minha unidade de exercício.
- Tenho necessidade de perícia hospitalar ou domiciliar.
- Autorizo a realização da perícia por telessaúde

[← Anterior](#)

[✓ Enviar](#)



Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador
Pró Reitoria de Pessoal - UFRJ
Unidade SIASS 50

Comunicado de Acidente em Serviço - CAS

01. Nome do servidor		02. Matrícula SIAPE	
03. Cargo			
04. Órgão de exercício / telefone			
05. Descrição sucinta do acidente Objeto causador do acidente:		06. Dia, hora e local do acidente dia: ____ / ____ / ____ hora: ____:____ local: após ____ horas de trabalho	
07. Primeiro socorro médico prestado por:		08. Local em que se encontra o servidor:	
09. Testemunhas do acidente (nome, endereço e telefone)			
1ª testemunha			
2ª testemunha			
10. Registro policial			
Em ____ / ____ / ____ _____ Chefe da Seção de Pessoal		Parecer da CPST <input type="checkbox"/> O servidor deve ser afastado por ____ dias, de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____. <input type="checkbox"/> O servidor deve continuar em exercício. <input type="checkbox"/> O servidor deverá retornar à CPST no dia ____ / ____ / ____. <input type="checkbox"/> Reassumir em ____ / ____ / ____.	
Em ____ / ____ / ____ _____ Assinatura do Perito CPST			
Encaminhe-se à Unidade de Origem Em ____ / ____ / ____ _____ Diretor da CPST		Observações complementares <input type="checkbox"/> artigo 211 <input type="checkbox"/> artigo 212 <input type="checkbox"/> artigo 82	