

GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL

REQUERIMENTO PARA ASSUNTOS DIVERSOS
(Revisão 01- Junho/2019)

1 - Identificação:

Nome: EDITH APARECIDA SANTANA
Sexo: M() F(☒) Data de Nascimento: 12/10/70 CPF: 52118355149
Endereço: Rua G-08 Qd. 16 Lt. 29, Loteamento
Grande Retiro Goiânia/GO CEP: _____
Telefone: 62 985495179 e-mail: editha.santana@gmail.com
62 984267290

2 - Dados Funcionais:

Órgão de Lotação: _____
Local de Exercício: _____ Telefone: () _____
Cargo: Benévola de Polícia
Proveniente/Cargo: (☒) Efetivo () Comissionado () Outro/Descrever: _____

3 - Solicitação:

Via do presente, nos termos da legislação atual e apresentando todos os documentos necessários, venho à Gerência de Qualidade de Vida Ocupacional solicitar:

RECONSIDERAÇÃO DE LICENÇA

4 - Justificativa:

Em adaptação ao uso de medicação, mas ainda
apresentando fortes sintomas de estresse e depressão

5- Documentos e exames apresentados:

Novo relatório médico

Caso necessário, autorizo a divulgação do CID/patologia que me acomete.
Caso seja representante, apresentar documento comprobatório.

Cidade: Goiânia/GO

Data: 26/08/2020

Edith A. Santana
Assinatura

SEAD
SECRETARIA DE SAÚDE
GOIÁS

GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL

RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA MÉDICA

(Revisão 01- Junho/2019)

Atenção! Normas e Orientações a serem seguidas:

1. Perícias são realizadas, SOMENTE por agendamento, através do telefone (62) 3269-4310.
2. É indispensável apresentação de documento de identificação original, atualizado e com foto.
3. Neste Relatório Médico deverá conter a identificação do profissional (Assinatura e carimbo com CRM).
4. O prazo legal para entrar com solicitação de licença médica é de 03 (três) dias úteis após o afastamento do trabalho.
5. Tratando-se de PRORROGAÇÃO de Licença, o prazo é de 10 (dez) dias antes do vencimento da licença anterior.
6. Comissionados, Contratos Temporários e Celetistas: é imprescindível a apresentação de CÓPIA de todos os documentos, inclusive deste relatório.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS (Formulários disponíveis no site www.administracao.go.gov.br - Servidor - Perícia Médica)

Licença Médica e Prorrogação de Licença	<ul style="list-style-type: none"> • Este Relatório Médico, preenchido pelo Médico Assistente (assinatura e carimbo com CRM); • Declaração de Internação Hospitalar (original), caso tenha ocorrido internação (fornecido pelo hospital); • Cópias dos exames que comprovem o diagnóstico.
Licença à Gestante	<p>APÓS O NASCIMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Este Relatório preenchido pelo Médico Assistente (assinatura e carimbo com CRM); • Declaração de Internação Hospitalar (original); • Cópia da Certidão de Nascimento. NÃO É NECESSÁRIO AGENDAR PERÍCIA. <p>GESTÃO EM CURSO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Este Relatório preenchido pelo Médico Assistente (assinatura e carimbo com CRM); • Cópia da primeira ultrassonografia; • Cópia do cartão gestante (se possuir). NECESSÁRIO AGENDAR - FONE: 3269-4310.
Licença Acompanhante	<ul style="list-style-type: none"> • Este Relatório preenchido pelo Médico Assistente (deverá conter assinatura e carimbo com CRM); • Requerimento para Concessão de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família; • Declaração de Internação Hospitalar (original), caso tenha ocorrido internação; • Cópia dos exames que comprovem o diagnóstico; • Cópia de documento que comprove o parentesco.
Acidente de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os documentos solicitados para Licença Médica, acima relacionados; • Servidores Efetivos: Ficha de Registro de Acidentes de Trabalho - FRAT (preenchida); • Servidores do Regime Geral de Previdência: Comunicação de Acidentes de Trabalho - CAT (preenchida); • Declaração do Superior Imediato informando que a ocorrência foi no ambiente de trabalho ou a serviço do órgão; • Cópia do registro de ponto do mês da ocorrência, carimbada e assinada pelo superior; • Boletim de Ocorrência (Policia, SAMU ou Corpo de Bombeiros) no caso de acidentes de trajeto.
Doença Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os documentos solicitados para Licença Médica, acima relacionados; • Autuar processo no SEI e anexar documentação conforme exigência do Artigo 4º da Instrução Normativa n.º 06/2017 - GAB, disponível no site www.administracao.go.gov.br - Servidor - Saúde do Servidor.
Perícia Documental	<ul style="list-style-type: none"> • Todos os documentos relacionados acima, observando o tipo de licença; • Relatório Médico, com firma reconhecida, conforme Pareceres n.º 10214/12 e n.º 3285/2018 da PGE.

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO (A) SERVIDOR (A) DE FORMA LEGÍVEL

Solicitação de Licença:

☒ Tratamento de Saúde ☐ À Gestante ☐ Doença em Pessoa da Família

☐ Acidente de Trabalho ☐ Doença Ocupacional

☐ Perícia Documental

Em caso de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, informe:

Nome do paciente: _____

Parentesco: _____

Trata-se de Prorrogação? ☒ Sim ☐ Não

Identificação do(a) Servidor(a):

Nome: EDITH APARECIDA SANTANA

CPF: 52118355149 Sexo: ☐ M ☒ F

Cargo: ESCRITA DE POLICIA Data de Nascimento: 12/10/70

Lotação: SPE

E-mail: edithnascimento@gmail.com

Prontuário: _____ Fone: 62 98426 7290

Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM n.º 1658/2002 Data: 1/1/ Assinatura do(a) Servidor(a) ou Responsável: Edith A. Santana

GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE DE FORMA LEGÍVEL
CONFORME RESOLUÇÃO CFM N.º 1851/2008.

1 - Diagnóstico da patologia que acomete o(a) servidor(a) ou familiar, com respectivo CID:

Exantema Depressão F32.2
Exantema neuroleptico agudizado ao stop F14.38

2 - Histórico/relatório da doença:

Atestado afastar de trabalho data 10/08/20
Motivo: Depressão grave e aguda.
Tem dermatite eczematosa e em psoríase venozom
legemente além do diagnóstico

3 - Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:

Exame físico: Pontos hipocrômicos na região
torácica (doença de contusão de 200 horas)

4 - Conduta terapêutica detalhada, contendo:

4.1. Tratamento (medicamentoso/não medicamentoso):

Fluoxetina 40mg 1x/dia 30 dias
+ medicação preventiva p/ COVID 19 (Azitromicina)
(-), Amoxicilina e Zinedina
10mg de cada V. + E

4.2. Prognóstico:

melhorando pouco

4.3. Sugestão de tempo de repouso, necessário à recuperação: 60 dias de repouso

A partir de: 10/08/20

A patologia diagnosticada tem nexos com o trabalho do servidor? (X) Sim () Não

Rosane M. Z. A. Silveira
Médico(a) Assistente
(CRM, Assinatura e Carimbo)

Dr. Rosane M. Z. A. Silveira
Paisagem CRM 3645
Clínica de Repouso de Goiânia
Rua R-12, nº 271 Setor Oeste

Local/Data: Anápolis 17/09

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr^a. Rosane M.Z.A. Silveira

CRM - GO - 3645 - Psiquiatria

Clinica de Repouso de Goiânia Ltda. Fone: (62) 3291-3737 - Fax: (62) 3291-3971
Rua R-12 nº 99 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás

1ª VIA: FARMÁCIA

2ª VIA: PACIENTE

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Celso Roberto de Almeida

no anal

@ de lincos

2004 — 3 usm

resposta

DATA

Dr^a. Rosane M. Z. A. Silveira

*Assinatura CRM 3645
Clínica de Repouso de Goiânia
Rua R-12 nº 99 - Setor Oeste - Goiânia - Goiás*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome:

Identidade:

Org. Expedidor

End.:

Cidade:

UF:

Fone:

Ass. do Farmacêutico Data



ESTADO DE GOIÁS
DIRETORIA GERAL DA POLÍCIA
CIVIL

NOME EDITH APARECIDA SANTANA
DE OLIVEIRA

CATEGORIA ATIVA

= ESCRIVÃO DE POLÍCIA DE 2ª CLASSE =

Assinado por: *[Signature]*
Diretor Geral da Polícia Civil

POLÍCIA CIVIL

DIRETORIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

O TITULAR TEM LIVRE PORTE DE ARMA E ACESSO AOS LOCAIS
SOB FISCALIZAÇÃO DA POLÍCIA, INCLUSIVE EM CASAS DE
DIVERSÕES PÚBLICAS E EVENTOS ESPORTIVOS.

FILIAÇÃO Wilton Santana
Izolina Maria Santana

NATURALIDADE
Buriti Alegre/GO

DATA DO NASCIMENTO
12/10/70

RG 3124770/SSP/GO

NR 8528

GR "B" (+)

VALIDADE Indeterminada

GOV. GO 02/JANEIRO/2006
CPF= 521.183.551-49

Wilton P. Santana
ASSINATURA DO PORTADOR

DECRETO Nº 3.682, DE 18-09-1991