



## GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA MÉDICA

IDE	NTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)
Nome: Dolonge Gronce	Persies de aliveis
CPF:	Sexo: ( )M ( $\chi$ )F Data de Nascimento:
Cargo:	
Lotação:	
E-mail:	
Prontuário:	Fone:
CFM n°. 1658/2002.  Assinatura do(a) servidor(a) ou responsável: _ Data: / /	
CAMPOS A SEREM	PREENCHIDOS PELO (A) SERVIDOR (A) DE FORMA LEGÍVEL
( ) Licença Tratamento de Saúde ( ) Acidente de Trabalho	( ) Licença à Gestante ( ) Licença Acompanhante ( ) Doença Ocupacional
Perícia Documental? ( ) Sim ( ) Não	Em caso de Licença Acompanhante, informar:
	Nome do familiar:
Prorrogação? ( ) Sim ( ) Não	Parentesco:
	HIDOS PELO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE DE FORMA LEGÍVEL CONFORME RESOLUÇÃO CFM N.º 1851/2008.
1 – Diagnóstico da patologia que acome	te o(a) servidor(a) ou familiar, com o respectivo CID:
HO: CID-10:	FH11F60.7
agravantes, fatores que contribuem para a melh	
tet une one	siedade com sintonos físicos, orgusto
externo e dependen	pundo, isolunto social. boixo outo nia emocionat do sur componheiro
Mego historius	Lomilar
Mego comabida	100 05500





GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL	
3 — Resultados dos exames complementares ao diagnóstico: (* nos casos de psiquiatria, sendo possível, pontuar psicofármacos já utilizados e detalhes de cada ensaio, psicoterapias realizadas, terapias adicionais, ECT e, sendo o caso, anexar relatórios de outros profissionais envolvidos diretamente no tratamento.)	
Anomnese + Expsique	
4 – Conduta terapêutica detalhada, contendo:	
4.1. Tratamento (medicamentoso e/ou não medicamentoso):	
Psicolupio + Psicofomoco (Ponderio XR 17,5 msido)	
4.2. Prognóstico:	
Dilidode, so licito que o mesmo noto foço uso do	
porte de orma.	
4.3. Sugestão de tempo de repouso, necessário à recuperação: 15 ( ocumero de os)  A partir de: 17/09 22	

Dra Gilciene A. Silva Psiquiatria Crm-60 20714

Médico(a) Assistente (CRM, Assinatura e Carimbo)

Local: 90,000,00. Data: 17/05/22