

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

IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

Nome: Ronaldo Paraguassu Mayer
CPF: 955.011.421-04 Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 16/03/82
Cargo: Policial Civil - Agente
Lotação: 2º DP de Trindade
E-mail: _____
Prontuário: _____ Fone: 62 9 8188 6384

Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM nº. 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 ☐ Licença à Gestante ☐ Licença Acompanhante
☐ Acidente de Trabalho ☐ Doença Ocupacional

Perícia Documental? ☐ Sim ☐ Não

Em caso de Licença Acompanhante, informar:

Nome do familiar: _____

Prorrogação? ☐ Sim ☐ Não

Parentesco: _____

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 o respectivo CID:

Paciente apresenta sintomas de depressão, stress, ansiedade, irritabilidade, compatíveis com diagnóstico de Transtorno afetivo bipolar (TAB), CID-10: F31?

2 – Histórico/relatório da doença:

(* nos casos de psiquiatria, sendo possível, pontuar: primeiro episódio, gatilhos, periodicidade das crises, histórico familiar, fatores agravantes, fatores que contribuem para a melhora, acompanhamento em CAPS, internações.)

Paciente refere início de sintomas de sonolência, astenia, irritabilidade, insônia, dificuldade de realizar atividades laborais, dificuldade em manter laços sociais há aproximadamente 08 meses. Apresenta ainda processo judicial com conflitos com ex-mulher sobre filhos e procedimentos administrativos.

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.)

Exame clínico.

4 – Conduta terapêutica detalhada, contendo:

4.1. Tratamento (medicamentoso e/ou não medicamentoso):

*Bupropiona 150 mg (1-0-0)
Carbolitium CR 450 mg (0-0-1)*

4.2. Prognóstico:

Bom prognóstico

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

A partir de: 08/02/23.

Dra Amanda Farias Garcia

Médica

CRM-GO 28684

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

Local: *Goiânia - GO (Hospital Fierri)* Data: *08/02/23*

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



HOSPITAL
FIORI

Alameda dos Flamboyants
Nº 61 Qd. A - Lt. 01
St. Village Casa Grande
Goiânia - GO - CEP: 74.690-820
CNPJ: 22.762.019/0001-08

1.ª Via Farmácia
2.ª Via Paciente

Responsável Técnico
Dr. Magno da Nobrega - CRM 7350

Paciente: Ronaldo Paraguassu Wayer

Endereço: _____

Prescrição: Uso oral:

① Bupropiona 150 mg — 1 cx
Tomar 1cp 2x ao dia

② Carbamalium CR 450 mg — 1 cx
Tomar 1cp no noite.

07/02/23

Dra Amanda Ferraz Garcia
Médica
CRM-GO 28.684

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident. _____ Órg. Emissor.: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____

DATA _____



HOSPITAL
FIORI

CNPJ: 22.762.019/0001-08

Responsável Técnico
Dra. Lorene Vento - CRM 21638

Ronaldo Paroquassu Dayer

Uso oral:

① Omeprazol 20 — 1cx
Tomar 1cp em jejum pelo ma-
nhã por 4 semanas

Dra. Amanda Fereira Garcia
Médica
CRM-GO 28684

