

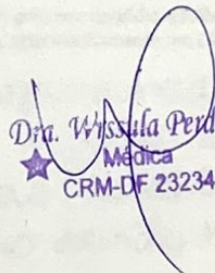
Paciente: HUDSON WILLER ALVES DE OLIVEIRA

Nascido em: 17/09/1990

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o paciente referido acima
encontra-se em tratamento nesta clínica desde 24/08/2022 e necessita
afastar-se de suas atividades profissionais por um período de
20 (vinte) dias a partir de 15/09/2022 por hipótese diagnóstica
classificada pelo CID 10: F32.1

Brasília/DF, 14/09/2022


Dra. Wlssula Perdigão
Médica
CRM-DF 23234



Documento assinado digitalmente por WRSSULA BRITTO
PERDIGAO CAETANO DE SOUZA, 05850073736, CRM-
23234/DF às 12:53 14/09/2022

QNE 17, 102, Taguatinga Norte (Taguatinga) - BRASÍLIA (DF). E-mail: willer.unb@icloud.com

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

IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

Nome: Hudson Willer Alves de Oliveira
CPF: 037 297 001 03 Sexo: ☒ M () F Data de Nascimento: 17 / 09 / 90
Cargo: Peripetista Policial
Lotação: 14- DRP Apoio Leitor
E-mail: willer.unb@gmail.com
Prontuário: _____ Fone: (61) 985222794
Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM n°. 1658/2002.
Assinatura do(a) servidor(a) ou responsável: _____
Data: 05 / 04 / 22

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:

1) Episódio de pânico moderado (F32.1)

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.)

Segundo paciente há aproximadamente 2 meses foi transferido para IMU e desde então vem apresentando angústia, tristeza, medo, dificuldade para dormir. Relata prejuízo do sono devido trabalho noturno.

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.)

Não se aplica.

4 – Conduta terapêutica detalhada, contendo:

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

Em uso de: Esitalopram 15mg/dia e Quetiapina 25mg/dia.

4.2. Prognóstico:

Bom prognóstico, apresentando resposta parcial à medicação. Medicação foi ajustada na última consulta.

4.3. Sugestão de tempo de repouso, necessário à recuperação: 20 dias devido ajuste medicamentoso.
A partir de: 15/09/2022

Dra. Wilsula Perdigão
Médica
CRM-DF 23234
Médico(a) Assistente
(CRM, Assinatura e Carimbo)

Local: Brasília Data: 14/09/2022

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

WRSSULA BRITTO PERDIGÃO
MÉDICA
CRM:23234/DF
(61)9990-26048
SCRN 712/713 Bloco C LOJA 4, SN -
Asa Norte - Brasília

1ª Via - Farmácia
2ª Via - Paciente



Paciente : HUDSON WILLER ALVES DE OLIVEIRA

Data de Nascimento: 17/09/1990

Endereço: QNE 17, 102 - Taguatinga Norte (Taguatinga) - BRASÍLIA/DF

Prescrição :

USO ORAL:

Dr. W. Britto Perdigão
Médica
CRM-DF 23234

- 1) ESCITALOPRAM 15MG (RECONTER/ EXODUS/ LEXAPRO) 1CX
TOMAR 1 COMP. PELA MANHÃ.
- 2) QUETIAPINA 25MG (QUET/ SEROQUEL/ QUETROS)2CX

TOMAR 1 COMP. AS 20HRS

Data: __/__/__

Ass./Carimbo do Profissional

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome : _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ DF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: _____

Ass. do Farmacêutico

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

WRSSULA BRITTO PERDIGÃO
MÉDICA
CRM:23234/DF
(61)9990-26048
SCRN 712/713 Bloco C LOJA 4, SN -
Asa Norte - Brasília

1ª Via - Farmácia
2ª Via - Paciente



Paciente : HUDSON WILLER ALVES DE OLIVEIRA

Data de Nascimento: 17/09/1990

Endereço: QNE 17, 102 - Taguatinga Norte (Taguatinga) - BRASÍLIA/DF

Prescrição :

USO ORAL:

Dr. W. Britto Perdigão
Médica
CRM-DF 23234

- 1) ESCITALOPRAM 15MG (RECONTER/ EXODUS/ LEXAPRO) 1CX
TOMAR 1 COMP. PELA MANHÃ.
- 2) QUETIAPINA 25MG (QUET/ SEROQUEL/ QUETROS)2CX

TOMAR 1 COMP. AS 20HRS

Data: __/__/__

Ass./Carimbo do Profissional

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome : _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ DF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: _____

Ass. do Farmacêutico