



TAGUATINGA NORTE
ASA NORTE • PLANALTINA



61. 3202-8818



61. 99928-8818

ATESTADO DE AFASTAMENTO

Atesto, que Elber Ribeiro Proeb,

compareceu a esta unidade Clínica para realização de

consulta médica, no tratamento na qual esta sendo

submetido(a) no dia 22 / 11 / 2021 as 10 h e 00 minutos

e necessita de -30- dia(s) de afastamento de suas atividades.

CID: F31.4

Dra. Fernanda Torres
Médica Psiquiatra
CRM-DF 28.361 / RQE 19353

Ass./Carimbo/Médico

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	APÓS O NASCIMENTO	<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.
	GESTÇÃO EM CURSO	<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 (Policial, 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:	
<input checked="" type="checkbox"/> 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: <u>Elaine Wilson Prado</u>		
CPF: <u>017.458.661-24</u>	Sexo: (X) M () F	Data de Nascimento: <u>29/08/1988</u>
Cargo: <u>Agente de Polícia 1ª Classe</u>		
Lotação: <u>Central de Trânsito Planaltina - TO</u>		
E-mail: <u>elaineprado@hotmail.com</u>		
Prontuário: _____		Fone: <u>61-99502-5099</u>

Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM n.º 1658/2002. Data: 22/11/21 Assinatura do(a) Servidor(a) ou Responsável: _____

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:

Transtorno afetivo bipolar, episódio depressivo grave.
CID-10 = F31.4

2 – Histórico/relatório da doença:

Paciente apresentando histórico de oscilações de humor com episódios depressivos com imobilidade, delírios, prejuízos de sono e apetite, pensamentos de morte. Apresentando atualmente episódio depressivo grave.

3 – Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:

Não se aplica. Diagnóstico clínico

4 – Conduta terapêutica detalhada, contendo:

4.1. Tratamento (medicamentoso/não medicamentoso):

Quetiapina 100 mg/dia, Quetiapina 300 mg x 2, Depakote 1000 mg/dia, Zolpidem 10 mg/dia.
Clonazepam 10 mg/dia.

Psicoterapia

4.2. Prognóstico:

Variável

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

tantos dias

A partir de: 22/11/2021.

A patologia diagnosticada tem nexos com o trabalho do servidor?

() Sim (X) Não

Dr. Fernanda Torres
Médica Psiquiatra
CRM-DF 28.741 / RQE 19353

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

Local/Data:

Brasília / 22/11/2021

___/___/___