

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 DEPRESSIVO RECURRENTe, episódio atual grave,
com sintomas psicóticos

2 - Histórico/relatório da doença:

Solista em quadro de Hipotensão grave, com 1 dia de ruído, baixa
condição de saúde. Desenvolveu sintomas de 26/10/2020 no PAU - Instituto
de Psiquiatria, devido grave quadro de humor. Evolui com melhora
insuficiente durante internação, porém recebe alta no dia de hoje
ainda com sintomas residuais, devendo acompanhar-se por mais 30 dias
a partir de hoje.

3 - Resultados dos exames complementares ao diagnóstico:

História Clínica + exame psíquico

4 - Conduta terapêutica detalhada, contendo:

4.1. Tratamento (medicamentoso/não medicamentoso):

Quetiapina 300mg/dia; Venlafaxina 225mg/dia; Realizou 10 sessões de
Olanzapina 5mg/dia; Mirtazapina 30mg/dia; ECT durante internação
Escitalopram 450mg/dia; Risperidona 50mg/dia;

4.2. Prognóstico:

Favorável

4.3. Sugestão de tempo de repouso, necessário à recuperação: Trinta dias (30 dias)

A partir de: 14/12/2020

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

Dr. Alvaro Felipe Barbosa Sales
Médico Psiquiatra
CRM-GO 21291 / RQE 13767

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

Local/Data: Ap. de Goiânia

14/12/2020



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	<ul style="list-style-type: none">• 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.• GESTAÇÃO 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 possível). 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 (Polícia), 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;• Anular processo no SEI e anexar documentação conforme exigência do Artigo 4º da Instrução Normativa nº 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 nº 10734/12 e nº 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	<input type="checkbox"/> À Gestante <input type="checkbox"/> Doença em Pessoa da Família
<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Doença Ocupacional
<input type="checkbox"/> Perícia Documental	Em caso de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, informe:
	Nome do paciente: _____
Trata-se de Prorrogação? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Parentesco: _____
Identificação do(a) Servidor(a):	
Nome: <u>WILLIAN ACERES DE OLIVEIRA</u>	
CPI: <u>432.450881-68</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data de Nascimento: <u>23/05/70</u>
Cargo: <u>AGENTE DE POLÍCIA</u>	
Lotação: <u>GERÊNCIA DE OPERAÇÕES DE INTELIgÊNCIA</u>	
E-mail: <u>ED.OLIVEIRA@HOTMAIL.COM</u>	
Prontuário: _____	Fone: <u>(62) 98159-3937</u>
Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM nº 1658/2002. Data: <u>11/12/20</u> Assinatura do(a) Servidor(a) ou Responsável: _____	