

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

IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

Nome: Luciana Estrela Costa
CPF: 891 689 171 - 04 Sexo: () M (X) F Data de Nascimento: 13/07/77
Cargo: Agente executando serviço de escrita
Lotação: Deam - 1ª Delegacia da Mulher de Goiânia
E-mail: lcosta.star@hotmail.com
Prontuário: _____ Fone: 62 9955 1307

Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Resolução CFM n.º 1658/2002.

Assinatura do(a) servidor(a) ou responsável: Luciana Estrela Costa
Data: 27/08/2022

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 Transtorno de Pânico (F41.0 - cid 10)

② Transtorno de Adaptação (F43.2 - cid 10)

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 apresentando sintomas ansiosos graves
(crises de pânico recorrentes) agravados por
estresse e sobrecarga laboral, evoluindo com
importante prejuízo funcional.

Airton F. dos Santos Filho
Médico - Psiquiatra
CRM-GO 15.259 / RQE 7465

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.)

Anamnese e exame físico.

4 – Conduta terapêutica detalhada, contendo:

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

- ① Risperidone 20 mg / dia
- ② Lamictal CD 25 mg / dia.

4.2. Prognóstico:

Incapacidade temporária para o trabalho.

4.3. Sugestão de tempo de repouso, necessário à recuperação: 10 (dez) dias.
A partir de: 23/08/2022.

Airton F. dos Santos Filho
Médico - Psiquiatra
CRM-GO 15.269 / RQE 7485

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

Local: Goiânia

Data: 23 / 08 / 2022



LAUDO MÉDICO

Declaro para fins trabalhistas que a paciente Luciana Estrela Costa, 45 anos, encontra-se em acompanhamento psiquiátrico ambulatorial com HD: F41.0 e F43.2 (CID10), em uso de Reconter mg/dia e Lamitor CD 25 mg/dia apresentando sintomas ansiosos graves e crises de pânico recorrentes desencadeadas por estresse e sobrecarga no ambiente laboral, evoluindo com grave prejuízo funcional e incapacidade temporária para o trabalho, devendo por este motivo afastar-se de suas funções laborativas por período de 10 (dez) dias, podendo ser prorrogado em caso de ausência de melhora do quadro clínico-psiquiátrico. Solicito ainda mudança de local de trabalho a fim de se otimizar a resposta ao tratamento, devendo ser lotada em unidade com baixo risco ocupacional (por exemplo, fora de delegacias), menor estresse e volume de trabalho.

Atenciosamente,


Ailton F. dos Santos Filho
Médico - Psiquiatra
CRM-GO 15.269 / RQE 7485

Goiânia, 29 de agosto de 2022.

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr. Airton Ferreira dos Santos Filho
CRM-GO 15259
SOLUS – Instituto de Desenvolvimento
Humano
Rua 104-C, n. 47 Setor Sul Goiânia-
GOCEP: 74080-250 Tel: 3101-3100

1ª VIA – RETENÇÃO DA FARMÁCIA

2ª VIA – ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: **Luciana Estrela Costa**

ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

Reconter 20 mg _____ 01 cx

Tomar 01 cp à noite

Airton F. dos Santos Filho
Médico - Psiquiatra
CRM-GO 15.259 / RQE 7485

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
_____ I
dent.: _____ Órgão Emissor: _____
End.: _____
_____ Cidade: _____
UF: _____ Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____ DATA ____/____/____
Assinatura do Farmacêutico

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Dr. Airton Ferreira dos Santos Filho
CRM-GO 15259
SOLUS – Instituto de Desenvolvimento Humano
Rua 104-C, n. 47 Setor Sul Goiânia-
GOCEP: 74080-250 Tel: 3101-3100

1ª VIA – RETENÇÃO DA FARMÁCIA
2ª VIA – ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: Luciana Estrela Costa

ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

Reconter 20 mg _____ **01 cx**
Tomar 01 cp à noite

Airton F. dos Santos Filho
Médico - Psiquiatra
CRM-GO 15.259 / RQE 7465

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

dent.: _____ Órgão Emissor: _____
End.: _____

Cidade: _____
UF: _____ Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____ DATA ____/____/____
Assinatura do Farmacêutico



Paciente: 24698 LUCIANA ESTRELA COSTA
Dt. Nasc.: 13/07/1977
Convênio: UNIMED GOIANIA
Médico: DEIDIMAR CASSIA BATISTA ABREU
Data: 08/22/2022

Atend.: 84078
Idade:
Sexo: FEMININO
CRM: 5822
Setor: RECEPCAO 2 ANDAR

ATESTADO MÉDICO

DE ACORDO COM A LEI Nº 605, DE 5 DE JANEIRO DE 1949, ART. 6º, LETRA f, ATESTAMOS QUE O SR. (A):

LUCIANA ESTRELA COSTA

CARTEIRA DE IDENTIDADE DE NÚMERO

ORGÃO EMISSOR

CPF NÚMERO **89168917104**

FOI ATENDIDO NESTA UNIDADE DE SAÚDE PARA TRATAMENTO

MÉDICO, CLASSIFICADO COM O CID Nº 1 (H04) E, DE ACORDO COM O QUADRO CLÍNICO, DEVERÁ FICAR AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS DURANTE 1 (H04) DIA(S), A PARTIR DE **22/08/2022**

Dra. Deidimar Cassia Batista Abreu
Mastologia - CRM: 5822

Goiânia 22/08/2022

PRESTADOR: DEIDIMAR CASSIA BATISTA ABREU -CRM: 5822

INGOH
Instituto Goiano de Oncologia e Hematologia
Rua ...

Dr York Lands Guimarães

Pediatria e Neonatologia
CRM-GO 3462

ATESTADO MÉDICO

Atesto a pedido que Luciana Estrela Costa

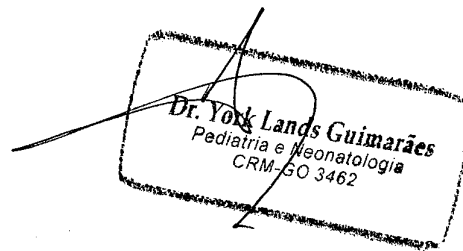
ficou ou ficará afastado(a) de suas atividades profissionais

por 04 Quatro dias, a partir de 23, 8, 2022, para

acompanhar seu filho(a) Luísa Estrela Carvalho

CID 10 A09 + R50

Goiânia 23, 8, 2022



DIGESTIVE

Rua 1125 nº32 4-Setor Marista- Goiânia- Go

Fone: (62) 3281-9977