



SOLUS

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

ATESTADO 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 Luvox 50 mg/dia e Lamitor CD 200 mg/dia, apresentando piora acentuada do quadro clínico-psiquiátrico em função da exposição à estresse e sobrecarga no ambiente de trabalho, devendo por este motivo afastar-se de suas funções laborativas por 60 (sessenta) dias.

Atenciosamente,

Ass. Dr. F. dos Santos Filho
Médico Psiquiatra
CRM-GO 15.268 / RDE 7405

Goiânia, 10 de novembro de 2022.

SOLUS – Instituto de Desenvolvimento Humano

Rua 104-C n. 47 Setor Sul Goiânia-GO

Tel: (62) 3101-3100 / (62) 99569-1331



DIRETORIA-EXECUTIVA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR
GERÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR
RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA MÉDICA
IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

Nome: Louanna Estrela Costa
CPF: 891689171-04 Sexo: () M ☒ F Data de Nascimento: 13/07/1977
Cargo: Agente de Polícia de 1ª classe
Lotação: 4º DP de Goiânia
E-mail: lecosta@hotmaul.com
Prontuário: _____ Fone: 62 999551307

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: 10/11/2022

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:

F41.0 e 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 apresenta crises de pânico recorrentes, ansiosas a estresse e sobrecarga no trabalho, evoluída com piora acentuada do quadro.



DIRETORIA-EXECUTIVA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR
GERÊNCIA CENTRAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO SERVIDOR

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):

Luvox 50 mg / dia

Lamiter CD 200 mg / dia

Alprazolam 0,25 mg / dia.

4.2. Prognóstico:

Incapacidade temporária para o trabalho.

4.3. Sugestão de tempo de repouso, necessário à recuperação: 60 (sessenta) dias.

A partir de: 10 / 11 / 2022.

Airton F. dos Santos Filho
Médico - Psiquiatra
CRM-GO 18.269 / RPP

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

Local: Goiânia

Data: 10 / 11 / 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

Lamitor CD 100 mg _____ 02 CXS
Tomar 02 cps à noite

Airton F. dos Santos Filho
Médico - Psiquiatra
CRM-GO 15.259 / RQE 7405

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ 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

Luvox 50 mg _____ **01 cx**

Tomar 01 cp à noite

Airton F. dos Santos Filho
Médico - Psiquiatra
CRM-GO 15.259 / RQE 7405

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

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

Cidade: _____
UF: _____ Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

_____ DATA ____/____/____
Assinatura do Farmacêutico