



**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: EDER VIEIRA CAMPOS  
 CPF: 935.197.531-20 Sexo: ☒ M ( ) F Data de Nascimento: 25/03/1983  
 Cargo: AGENTE DE POLÍCIA  
 Lotação: DELEGACIA DE CAVALCANTE  
 E-mail: edervieiracampos@hotmail.com  
 Prontuário: \_\_\_\_\_ Fone: 62-985677600

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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO (A) SERVIDOR (A) DE FORMA LEGÍVEL**

<input type="checkbox"/> Licença Tratamento de Saúde	<input type="checkbox"/> Licença à Gestante	<input type="checkbox"/> Licença Acompanhante
<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Doença Ocupacional	

Perícia Documental? ☐ Sim ☐ Não

Prorrogação? ☐ Sim ☐ Não

Em caso de Licença Acompanhante, informar:  
 Nome do familiar: \_\_\_\_\_  
 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:

TRANSIÇÃO DEPRESSIVA - F32  
TRANSIÇÃO ANSIEDOSA - F41.1

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.)

PACIENTE APRESENTA QUATRO EPISÓDIOS DE  
CRISE DE PÂNICO EM SETEMBRO DO ANO  
PASSADO  
PELO MOTIVO DE ENCONTRAR BEM  
INTE E COM BEM E SEM CRISE  
OUTRO EPISÓDIO SEM UMA MELHORIA



**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.)

**4 – Conduta terapêutica detalhada, contendo:**

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

NÃO EMPREGADO MEDICAMENTO  
CONTINUA SOB CONTROLE

**4.2. Prognóstico:**

ESTÁ BEM E EM CONTATO COM  
ULTIMO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO  
1 POLÍCIA CIVIL.

ADTO SEM REPTICA

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

A partir de:   /  /  .

Dr. Edelmira de Castro Abreu  
Médico Psiquiatra  
CRM-GO 3284

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

Local:

Goiânia

Data:

12 05 2022