



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: Diogo Junqueira Schultz
CPF: 767.329.831-72 Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 18/08/74
Cargo: AGENTE DE POLÍCIA CIVIL
Lotação: RH PC GO
E-mail: diogojunqueira@gmail.com
Prontuário: _____ Fone: 62 999761392
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: Diogo Schultz
Data: 03/02/2023

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

<input checked="" 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? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Em caso de Licença Acompanhante, informar: Nome do familiar: _____	
Prorrogação? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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:

Depressão Recorrente + TAG
(CID 10: F.33 + 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.)

Com reatualização dos sintomas depressivos e com sintomas de ansiedade físicos e psíquicos que geram limitações no desempenho de suas funções, com labilidade de humor, ansiedade, angústia, medos infundados, crises de choro, apatia, anedonia e falta de energia.



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.)

Exame físico patológico compatível com a doença.

4 – Conduta terapêutica detalhada, contendo:

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

Remeron 30mg/dia e Arntec 20mg/dia.
Psicoterapia.

4.2. Prognóstico:

Bom

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

90 (noventa) dias.

A partir de: 03/02/2023

Dra. Lucena-De-Cassia R. Rosa
Psiquiatra
CRM-GO 7048

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

Local:

Goiânia

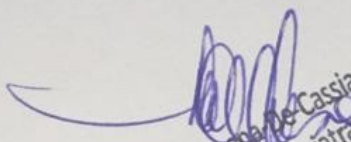
Data:

03/02/2023

Atesto para os devidos fins
que, Eliago Junqueira Schultz,
encontra-se sob os meus cuidados
médicos com reagudização dos
sintomas depressivos e com crises
de ansiedade com sintomas fóbicos
e psíquicos que geram dificuldade
para desempenhar suas funções. So,
deixo licença médica por um período
de 90 (noventa) dias.

(@1010: F.33 + F41.1.)

\ Go. 03/02/2023


Dra. Luciana de Cassia R. Rosa
Psiquiatra
CRM-GO 7048



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
1ª Via Farmácia - 2ª Via Paciente

lucenarosa
Dra. Lucena-De-Cássia R. Rosa
Psiquiatra RQE 3313
CRM 7048 UF-GO

Av. T-4, 619, Sl. 1114, St. Bueno - Goiânia - GO.
Fone: (62) 3286-4007 | (62) 98128-6559 | lucenacrossa@gmail.com

Paciente: *Diogo J. Schultz*
Endereço: *Unival*
Prescrição:
Remeron 30mg — 01x
+ tomar 1x ao deitar
Ansitec 10mg — 01x
+ tomar 1x no 1º e 2º

02/02/2023
Assinatura de Médico: *[assinatura]*
Dra. Lucena-De-Cássia R. Rosa
Psiquiatra
CRM-GO 7048

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: *Diogo J. SCHULZ*
Identidade: *395336* Org. Expedidor: *SSP/GO*
End.: *Rod. GO-080*
Cidade: *GOIÂNIA* UF: *GO*
Fone: _____
E-mail: _____

Ass. do Farmacêutico Data: *1/1*

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
1ª Via Farmácia - 2ª Via Paciente

lucenarosa
Dra. Lucena-De-Cássia R. Rosa
Psiquiatra RQE 3313
CRM 7048 UF-GO

Av. T-4, 619, Sl. 1114, St. Bueno - Goiânia - GO.
Fone: (62) 3286-4007 | (62) 98128-6559 | lucenacrossa@gmail.com

Paciente: *Diogo J. Schultz*
Endereço: *Unival*
Prescrição:
Remeron 30mg — 01x
+ tomar 1x ao deitar
Ansitec 10mg — 01x
+ tomar 1x no 1º e 2º

03/02/2023
Assinatura de Médico: *[assinatura]*
Dra. Lucena-De-Cássia R. Rosa
Psiquiatra
CRM-GO 7048

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: *Diogo J. SCHULZ*
Identidade: *395336* Org. Expedidor: *SSP/GO*
End.: *Rod. GO-080*
Cidade: *GOIÂNIA* UF: *GO*
Fone: _____
E-mail: _____

Ass. do Farmacêutico Data: *1/1*

