

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

Nome: MARCEL INO DE PAULA LUPES Sexo: (A)M ()F Data de Nascimento 3 1 12 1 Cargo: ESCRIVA DE POLICIA Cargo: ESCRIVA DE POLICIA Lotação: DIVISÃO DE PROTECAS A SAUDE DO JERVIDOR DA POLICIA CI Lotação: MARCEL INDLONES DO RESTROIR DA POLICIA CI E-mail: MARCEL INDLONES DO RESTROIR DA POLICIA CI Prontuário: Fone: (C.) 3-9188 CY24 Autorizo a divulgação das informações médicas e-seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Rest CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO (A) SERVIDOR (A) DE FORMA LEGÍVEL (A) Licença Tratamento de Saúde () Licença à Gestante () Licença Acompanhante () Acidente de Trabalho () Doença Ocupacional Pericia Documental? () Sim () Não Parêntesco: CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE DE FORMA LEGÍVEL CONFORME RESOLUÇÃO CFM N.º 1851/2008.	IVIÀ.
Cargo: ESCRIPPO DE POLICIA Cargo: ESCRIPPO DE POLICIA Lotação: Divisão DE PROTECIO A SAUDE DO SERVIDOR DA POLICIA CI Lotação: Divisão DE PROTECIO A SAUDE DO SERVIDOR DA POLICIA CI E-mail: MARCELINGLO NES - P.S.I. (a) G. M.I.L. COM Fone: (GLI J. 9188 · C. 8.24 Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fins, conforme Reso. CFM n°. 1658/2002. Assinatura do(a) servidor(a) ou responsávet: Data: 1 / CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO (A) SERVIDOR (A) DE FORMA LEGÍVEL (A) Licença Tratamento de Saúde () Licença à Gestante () Licença Acompanhante () Doença Ocupacional Perícia Documental? () Sim () Não Parentesco: CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE DE FORMA LEGÍVEL CONFORME RESOLUÇÃO CFM N.º 1851/2008.	IVIÀ.
Lotação: DIVISÃO DE PROTECTION	-
Prontuário: Fone: (CL) 9.9188 · CY24 Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fine, conforme Rescición nº. 1658/2002. Assinatura do(a) servidor(a) ou responsávet: Data: / / CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO (A) SERVIDOR (A) DE FORMA LEGÍVEL (A) Licença Tratamento de Saúde () Licença à Gestante () Licença Acompanhante () Acidente de Trabalho () Doença Ocupacional Pericia Documental? () Sim () Não Parentesco: CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE DE FORMA LEGÍVEL CONFORME RESOLUÇÃO CFM N.º 1851/2008.	-
Prontuário: Fone: (ESTA DE PRENCHIDOS PELO (A) SERVIDOR (A) DE FORMA LEGÍVEL CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO (A) SERVIDOR (A) DE FORMA LEGÍVEL (A) Licença Tratamento de Saúde () Licença à Gestante () Licença Acompanhante () Doença Ocupacional Pericia Documental? () Sim () Não Parentesco: CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE DE FORMA LEGÍVEL CONFORME RESOLUÇÃO CFM N.º 1851/2008.	οίυςδα
Autorizo a divulgação das informações médicas e seu diagnóstico codificado (CID) para os devidos fines, conforme Resultante (CFM n°. 1658/2002. Assinatura do(a) servidor(a) ou responsável: Data:/	olução
Assinatura do(a) servidor(a) ou responsável: Data: / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / / /	
() Licença Tratamento de Saúde () Licença à Gestante () Doença Ocupacional Pericia Documental? () 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 3851/2008.	
() Licença Tratamento de Saúde () Licença à Gestante () Doença Ocupacional () Doença Ocupacional () Doença Ocupacional () Doença Ocupacional () Sim () Não ()	
Pericia Documental? () 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.	
CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO(A) MÉDICO(A) ASSISTENTE DE FORMA LEGÍVEL. CONFORME RESOLUÇÃO CFM N.º 1851/2008.	
CONTONNECTOR	
CONTONNECTOR	_
1 III	
1-Diagnóstico da patología que acomete o(a) servidor(a) ou familiar, com o respectivo CID: - Rigider de cotorelo (reguede de frot do riserro ha 5 mess)	me
2-Histórico/relatório da doença: (* nos casos de psiguiatria, sendo possível, pontuar: primeiro episódio, gatilhos, periodicidade das crises, histórico familiar, fator (* nos casos de psiguiatria, sendo possível, pontuar: primeiro episódio, gatilhos, periodicidade das crises, histórico familiar, fator agravantes, fatores que contribuem para a melhora, acompanhamento em CAPS, internações:) - Frotuna que do tinto distributo di	E)
hei Gruss, pour orticular. Admitido por importante rigidos orticular. Admitido por retirado de implents (porcial) e una presenta osticular.	ad





GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL

Eduardo Dango Challe Ortopesta Médico(af Assistente (CRM, Assinatura e Carlmbo)

Local _ Serio --- Data: 01/02/23