

GERÊNCIA DE QUALIDADE DE VIDA OCUPACIONAL  
RELATÓRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE LICENÇA MÉDICA  
IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

Nome: MARCELINO DE PAULA LOPES  
CPF: 633.239.661-04 Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 23/12/1973  
Cargo: ESCRIVÃO DE POLÍCIA  
Lotação: DPSS - DELEGIA CIVIL  
E-mail: MARCELINOLOPES.PSI@GMAIL.COM  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Fone: 62-9-9188-6824  
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

☐ 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:

- Fratura úmero distal esquerda

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 )

- Quebra de fratura úmero esquerda  
em fratura cominuta grave do  
cotovelo (E).

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.)

- *Rodriguinho e Touroquie*

4 - Conduta terapêutica detalhada, contendo:

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

- *Ciníngio*

4.2. Prognóstico:

- *Regular (grande possibilidade de  
redução de incapacidade)*

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

*15 (quinze)*

A partir de: *01/11/22*

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

Local:

*Pericípio*

Data:

*03/11/22*

EConsole1  
Ex: 4\_194  
COTOVELO AP  
Se: 1/0  
Im: 1/0

COTOVELO

Hospital de Acidentados  
MARCELINO DE PAULA LOPES  
1973 Dec 23 M 76291  
Acc: 1132456  
2022 Nov 03  
Acq Tm: 16:32:10

Id:DCM / Lin:DCM / Id:ID  
W:12413 L:6590

IMAGE MAY NOT BE TO SCALE  
SIZES ARE APPROXIMATE

EConsole1  
Ex: 4\_194  
COTOVELO AP E  
Se: 1/0  
Im: 2/0

COTOVELO

Hospital de Acidentados  
MARCELINO DE PAULA LOPES  
1973 Dec 23 M 76291  
Acc: 1132456  
2022 Nov 03  
Acq Tm: 16:32:51

Id:DCM / Lin:DCM / Id:ID  
W:11901 L:6363

IMAGE MAY NOT BE TO SCALE  
SIZES ARE APPROXIMATE

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

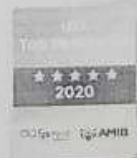
1ª VIA - FARMÁCIA  
2ª VIA - PACIENTE

Nº 40.971

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



**HOSPITAL DE  
ACIDENTADOS**



Av. Paranaíba, nº 652 - Centro - Goiânia - GO - Cep: 74.020-010 - Fone: (62) 3945-2500

Paciente: **MARCELINO DE PAULA LOPES**

Pront.: 76291

Endereço: Rua FI 5 Qd 8 Lt19, Parque das Flores, Goiânia

Prescrição:

Uso Interno

Arcoxia CP 90 mg.....14 cps

Tomar 01 comp. via oral 1 vez ao dia.

Goiânia, 03 de novembro de 2022.

Dr. Eduardo Damaceno Chaibe  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Braço e Ombro  
CRM/GO 18032

*(Signature)*  
EDUARDO DAMACENO CHAIBE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 18.032

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

CINº: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data





## SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO

☐ Internação☐ GTA☐ Exame☐ Tto. por sessão

Nome do Cliente

Mônica de Paula

Data Nascimento

Sexo

☐ M ☐ F

Estado de Goiás

Matrícula do Cliente

Local do Atendimento

Cidade

Matrícula do Prestador

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA O MÉDICO, CLIENTE E PRESTADOR:

- 1 - Preenchimento incompleto ou ilegível implica em não autorização do(s) procedimento(s). Obrigatório CID-10 e Código da Tabela do IPASGO.
- 2 - Todos os Procedimentos, exceto EMERGÊNCIA, só deverão ser realizados após emissão da Guia.
- 3 - Todas as Guias não emitidas por meio eletrônico devem ser submetidas à avaliação da Auditoria - Informações pelos Telefones: 0800-621919 ou 3238-2400
- 4 - Na avaliação da Auditoria exige-se: laudos e exames, presença do paciente nos casos indicados, de acordo com orientação do médico assistente.
- 5 - Toda autorização da auditoria é baseada na informação clínica e documentação apresentada podendo ser revista em função da análise do prontuário.
- 6 - Esta Solicitação de Atendimento é válida para emissão de Guias por 30 (trinta) dias.

### JUSTIFICATIVA CLÍNICA

Fratura úm

### HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Fratura úm

Cód. CID-10

S72

Tempo de sintomas

MESES

ANOS

Tempo de doença

MESES

ANOS

### DESCRIÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S)

Quant. Solic.

Quant. Autoriz.

Código Tabela IPASGO

Via de acesso

MVA

DVA

MVA

DVA

MVA

DVA

MVA

DVA

MVA

DVA

Médico Solicitante

Vitor Luis da Rocha

CRM - 4244

Assinatura / Carimbo

Data 03/11/22

### PARECER DA AUDITORIA

☐ Autorizado☐ Autorizado. Sujeito à revisão analítica☐ Não autorizado☐ Internação☐ G.T.A.☐ Exame☐ Trato. Seriado

(Usar o verso se necessário)

Auditor - Assinatura e Carimbo

Data