



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <u>Milena Custina Fernandes</u>	CPF: <u>125.591.004-60</u>
CARGO/FUNÇÃO: <u>tec enfermagem</u>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA <u>Saúde</u>	LOCAL DE TRABALHO: <u>RSF IV</u>

Venho respeitosamente perante V. Exª requerer:

Marque com X uma das opções abaixo:

<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA	<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ SERVIÇO MILITAR
<input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO
<input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS
<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO	<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA
<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR	<input type="checkbox"/> PENSÃO POR MORTE
<input type="checkbox"/> FECHAMENTO DE VÍNCULO (CNIS)	<input type="checkbox"/> PERMUTA OU CEDÊNCIA
<input type="checkbox"/> GOZO DE FÉRIAS	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR
<input type="checkbox"/> LICENÇA MATERNIDADE/PATERNIDADE	<input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Milena Custina Fernandes
Assinatura do(a) requerente
Data: 08/07/2024

Autorização do(a) Gestor(a)
Data: ____/____/____

RELATÓRIO MÉDICO

VIA DIGITAL
ALTIMED
<https://www.altimed.com.br>

PACIENTE: Milena Cristina Fernandes da Silva

RELATÓRIO:

Milena Cristina Fernandes da Silva, Idade: 25 anos, Enfermeira.

Histórico Clínico: A paciente apresenta sintomas compatíveis com Transtorno Afetivo Bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos (CID-10: F31.4). A paciente foi internada durante três semanas para estabilização inicial de seu quadro clínico.

Avaliação Clínica Recente: Após a internação, observou-se uma melhora parcial dos sintomas depressivos, mas ainda são necessários ajustes terapêuticos para garantir a estabilização completa e a segurança da paciente.

Justificativa para Afastamento: Devido à gravidade do quadro clínico e à necessidade de ajustes contínuos no tratamento, recomenda-se que a paciente permaneça afastada do trabalho por um período adicional de 60 dias. Este período é necessário para permitir:

Ajustes Terapêuticos: Continuação e ajuste da medicação psiquiátrica para melhor controle dos sintomas depressivos

Psicoterapia: Início de sessões regulares de psicoterapia para apoio emocional e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.

Internação Domiciliar: A paciente deverá permanecer em internação domiciliar com supervisão contínua (24 horas) para monitoramento da resposta ao tratamento e prevenção de crises.

Plano de Tratamento: Medicação: Ajustes na medicação psiquiátrica conforme avaliação e necessidade.

Psicoterapia: Sessões semanais de psicoterapia para apoio contínuo e desenvolvimento de habilidades de enfrentamento.

Internação Domiciliar: Supervisão 24 horas em ambiente domiciliar, garantindo a segurança da paciente e monitoramento próximo do progresso do tratamento.

Conclusão: Devido à necessidade de continuidade no tratamento e ajuste terapêutico para estabilização completa dos sintomas depressivos do Transtorno Afetivo Bipolar, indico que a paciente permaneça afastada de suas atividades laborais por mais 60 dias.

A supervisão constante em internação domiciliar e a psicoterapia são essenciais para assegurar a recuperação plena da paciente.

NOME DO(A) MÉDICO(A): JAIME BESERRA SANTANA RQE: 11322 CRM: 4821 UF: PE
LOCAL DE ATENDIMENTO: CLÍNICA SANTANA (UNICLIN 1º ANDAR) CNES: 7767552
ENDEREÇO: RUA JOAQUIM GODOY 388 1 ANDAR (UNICLIN 1º ANDAR) BAIRRO: NOSSA SENHORA DA PENHA
CIDADE: SERRA TALHADA UF: PE TELEFONE: (87) 3831-6406 (87) 99922-1377
DATA DE EMISSÃO: 08/07/2024

JAIME BESERRA
SANTANA:062482
17491

Assinado de forma digital por
JAIME BESERRA
SANTANA:06248217491
Dados: 2024.07.08 10:19:23
-03'00'

ASSINATURA MÉDICO(A)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO

NEUSA CRISTINA FERNANDES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / CÓD. ORÇAMENTO / UF
9850385 SDB PE

CNPJ / DATA SACRAMENTO
125.591.004-80 18/05/1980



FILIAÇÃO
**RAIMUNDO NORATO DA SILVA
VA
MARINIDE FERNANDES DA
SILVA**

PENSOAMENTO / ALCOOL / TABACO
00000000000000000000000000000000

VALIDADE DA FÓRMULA
O FÓRMULA NÃO TEM VALOR
1827685229

Nº IDENTIFICADORA / VALOR / DATA ÚLT. VIGÊNCIA
070100000000 00 11/2000 17/04/2012