



DEPARTAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA E SAÚDE DO TRABALHADOR

NOME			
ENDEREÇO			
CIDADE			ESTADO
FONE	CPF	IDENTIDADE	
ESTADO CIVIL		SEXO	
DATA DE NASCIMENTO	LOCAL	ESTADO	
ATIVIDADE ATUAL (TRABALHO)			
ATIVIDADE ANTERIOR			

### Instruções

- Esta "Declaração de Saúde" deverá ser preenchida, datada e assinada pelo próprio candidato.

### Aspectos Gerais

Possui alguma doença?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Está fazendo algum tratamento médico?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Qual doença?		
Qual tratamento? (Especificar medicamentos)		
Já trabalhou em lugares de muito <b>pó, gases, tintas, produtos químicos, ruídos excessivos</b> ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Em caso afirmativo, especifique:		
Pratica <b>esporte</b> ou faz <b>atividade física</b> ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Qual(is)?		
Está recebendo algum <b>pecúlio</b> (proventos) <b>previdenciário</b> por lesão acidentária do trabalho?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Está aposentado(a) por Órgão (Federal, Estadual, Municipal, Previdencial) por invalidez?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Tem realizado <b>exames preventivos periódicos</b> ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Citar, se é para alguma <b>doença específica</b> :		
É habitual <b>doador de sangue</b> ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
É <b>fumante</b> ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> até 10 cigarros por dia	<input type="checkbox"/> de 10 a 15 cigarros por dia	<input type="checkbox"/> mais de 20 cigarros por dia

Faz uso habitual de <b>bebida alcoólica</b> ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Quantidade: <span style="float: right;">Há quanto tempo?</span>	
Já esteve <b>internado em algum hospital</b> ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Indique o motivo:	
Já foi <b>operado</b> ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Indique o motivo e data:	
Tem alguma indicação atual para <b>cirurgia</b> ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Qual?	
Já foi submetido a tratamento para <b>câncer</b> ou está investigando esta possibilidade?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se afirmativo, cite a época:	
Possui alguma <b>doença crônica</b> em membros de sua família? (diabetes, pressão alta, doença dos rins, epilepsia)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Cite:	
É portador de doença de <b>nascença</b> ou <b>hereditária</b> ou <b>deformidade física</b> ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Qual?	
Possui algum sinal ou sintoma (dor, febre, etc.) de origem ainda não identificada?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Especifique:	
Já foi submetido a tratamento com <b>fisioterapia, radioterapia, quimioterapia</b> ou outros tratamento em períodos prolongados?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Cite-os e os motivos:	

### Aspectos Específicos

Possui doença <b>respiratória</b> ? (falta de ar, bronquite, asma)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Cite:	
Fez exames especializados por suspeita de <b>problema cardíaco</b> ? (como teste ergométrico, cateterismo, cardíaco, etc.)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Cite:	
Já tratou de <b>angina</b> ou <b>infarto do coração</b> ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se afirmativo, especifique:	
Possui <b>pressão alta</b> ? (hipertensão arterial)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Possui doença de <b>pele ou alérgicas</b> ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se afirmativo, cite-as:	
Faz tratamento?	
Há quanto tempo? <span style="float: right;">Qual tratamento?</span>	
Possui alguma <b>deficiência dos ossos, membros ou coluna</b> ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
(pernas, braços, problemas de circulação, varizes, reumatismo, dor na coluna, hérnia de disco)	
Cite:	
Possui alguma doença do <b>aparelho digestivo</b> (como úlcera, cirrose, hepatite icterícia, problema) de vesícula biliar, algum tumor, hérnia, hemorroidas, gastrite, refluxogastroesofágico, hérnia hiatal?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Cite:	
Possui alguma doença do <b>aparelho genital ou urinário</b> ? (tumores, cólicas renais, pedra nos rins, mau funcionamento dos rins ou próstata, corrimento, doença nas mamas – dor ou caroço)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Cite:	
Possui alguma doença do <b>sistema nervoso ou muscular</b> ? (ataques, convulsões, desmaios, tumores, isquemia, AVC – derrame)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Cite:	

Já fez ou está em tratamento <b>psiquiátrico/psicológico</b> ? Há quanto tempo? Especifique:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Faz uso de medicação psiquiátrica?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Já esteve internado por <b>problemas emocionais, alcoolismo ou drogas</b> ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Já sofreu <b>acidente do trabalho</b> ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Possui doenças <b>ocupacionais</b> ou <b>de trabalho</b> ? Há quanto tempo? Especificar:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Possui alguma doença ou sintoma <b>otorrinolaringológico</b> ? (perda de audição, labirintite, sinusite, laringite, rinite) Especifique:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Com relação à <b>voz</b> , apresenta rouquidão, cansaço ao falar, pigarro? Especifique:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Com que frequência? Há quanto tempo?	
Já fez cirurgia nas <b>cordas vocais</b> ? Há quanto tempo? Especifique:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Já fez tratamento para <b>voz</b> ? (fonoterapia) Especifique:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Você apresenta baixa <b>visão</b> para perto ou longe? Caso afirmativo, especifique:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Usa <b>óculos</b> ou <b>lentes</b> ? Caso afirmativo, qual o grau?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Já realizou tratamento (laser ou outros) ou <b>cirurgia oftalmológica</b> ? Especifique:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Outras observações que julga importante:	

LOCAL E DATA	ASSINATURA