



DEPARTAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA E SAÚDE DO TRABALHADOR - DMEST

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 pó, gases, tintas, produtos químicos, ruídos excessivos ? Em caso afirmativo, especifique:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Pratica esporte ou faz atividade física ? Qual(is)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Está recebendo algum pecúlio (proventos) previdenciário 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 exames preventivos periódicos ? Citar, se é para alguma doença específica :	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
É habitual doador de sangue ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
É fumante ?	<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 bebida alcoólica ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Quantidade: Há quanto tempo?	
Já esteve internado em algum hospital ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Indique o motivo:	
Já foi operado ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Indique o motivo e data:	
Tem alguma indicação atual para cirurgia ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Qual?	
Já foi submetido a tratamento para câncer ou está investigando esta possibilidade?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se afirmativo, cite a época:	
Possui alguma doença crônica 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 nascença ou hereditária ou deformidade física ?	<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 fisioterapia, radioterapia, quimioterapia ou outros tratamento em períodos prolongados?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Cite-os e os motivos:	

Aspectos Específicos

Possui doença respiratória ? (falta de ar, bronquite, asma)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Cite:	
Fez exames especializados por suspeita de problema cardíaco ? (como teste ergométrico, cateterismo, cardíaco, etc.)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Cite:	
Já tratou de angina ou infarto do coração ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se afirmativo, especifique:	
Possui pressão alta ? (hipertensão arterial)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Possui doença de pele ou alérgicas ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se afirmativo, cite-as:	
Faz tratamento?	
Há quanto tempo? Qual tratamento?	
Possui alguma deficiência dos ossos, membros ou coluna ?	<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 aparelho digestivo (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 aparelho genital ou urinário ? (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 sistema nervoso ou muscular ? (ataques, convulsões, desmaios, tumores, isquemia, AVC – derrame)	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Cite:	

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

LOCAL E DATA	ASSINATURA
--------------	------------