



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 ? | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |
| Em caso afirmativo, especifique: | |
| Pratica esporte ou faz atividade física ? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Qual(is)? | |
| 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 |

Já teve internação na área da Saúde Mental?

Não Sim

Motivo:

Período:

Algum membro da sua família (pais, filhos, cônjuges, tios , avós, primos...) faz ou já fez tratamento na área da Saúde Mental?

Não Sim

Quem?

Quando?

Você já teve algum afastamento de trabalho por doença?

Não Sim

Qual(is)?

Já fez uso de algum outro tipo de substância psicoativa? ?

Não Sim

Qual(is)?

Se sim, já fez algum tratamento para isso?

Não Sim

Quando?

Atualmente, você faz uso de algum outro tipo de substância psicoativa?

Não Sim

Qual(is)?

Já se envolveu em alguma situação de agressão física ou verbal?

Não Sim

Se sim, indique o tipo de agressão:

Agressão verbal Agressão física Destruição de algum objeto

Escreva os motivos:

| | |
|--|---|
| Já sofreu acidente do trabalho ? Qual? | <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 ? (fonoaterapia) 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 |
| | |