



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 <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="margin-left: 150px;">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:	
<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: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual tratamento?
Possui alguma <b>deficiência dos ossos, membros ou coluna</b> ? (pernas, braços, problemas de circulação, varizes, reumatismo, dor na coluna, hérnia de disco) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Cite:
Possui alguma doença do <b>aparelho digestivo</b> (como úlcera, cirrose, hepatite icterícia, problema) de vesícula biliar, algum tumor, hérnia, hemorroidas, gastrite, refluxo gastroesofágico, 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:
Você já fez algum tratamento na área de <b>Saúde Mental</b> ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual(is): <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Psicológico  Informe o motivo e período de realização:          Atualmente, você está fazendo algum acompanhamento de Saúde Mental? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual(is): <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Psicológico  Comente os motivos que fizeram você buscar o acompanhamento, especifique o tratamento realizado (frequência, duração) e por quais profissionais:          Já fez uso de medicação psiquiátrica? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual(is)?          Atualmente, você faz uso de medicação psiquiátrica? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual(is)?

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 <b>acidente do trabalho</b> ? Qual?	<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 <b>à 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> ? (fonoaterapia) 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
--------------	------------