



FICHA MÉDICA – PREENCHIMENTO EMPREGADO

Nome:		Nascimento:		Matrícula:	
Cargo:		Sexo:	Idade:	Admissão:	
Lotação:		Divisão:		Data de realização do Exame:	
<input type="checkbox"/> Admissional	<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Demissional	<input type="checkbox"/> Retorno ao Trabalho	<input type="checkbox"/> Mudança de Função	<input type="checkbox"/> Avaliação Médica

ANTECEDENTES FAMILIARES

Algun dos seus familiares diretos (pai, mãe, irmãos), mesmo os já falecidos, tem ou tiveram alguma das doenças abaixo? Marque com um "X".

ASSINALE	PARENTESCO	NÃO	SIM	ASSINALE	PARENTESCO	NÃO	SIM
01- DIABETES (AÇUCARNOSANGUE)				06- ALERGIAS / URTICÁRIA			
02- CÂNCER				07- ASMA			
03- DOENÇA DO CORAÇÃO				08- DOENÇA MENTAL (NERVOSA)			
04- DOENÇAS REUMÁTICAS				09- TUBERCULOSE			
05- PRESSÃO ALTA				10- OUTRAS			

ANTECEDENTES PESSOAIS

Sofreu ou sofre de alguns dos problemas abaixo?	NÃO	SIM	Sofreu ou sofre de alguns dos problemas abaixo?	NÃO	SIM
11- DOENÇAS DO CORAÇÃO?			30- HEMORRÓIDAS, DIARRÉIAS FREQUENTES.		
12- DOR NO PEITO, PALPITAÇÕES.			31- HÉRNIAS.		
13- BRONQUITE, ASMA, RINITE (FALTA DE AR).			32- ALERGIAS.		
14- TOSSE CRÔNICA.			33- DOENÇAS NA BOCA E DENTES.		
15- DOENÇAS RENAIAS (RINS).			34- DOENÇAS DE TIREOIDE.		
16- DOENÇAS DO FÍGADO.			35- DOENÇA DO NARIZ E GARGANTA.		
17- DIABETES (AÇÚCAR NO SANGUE).			36- SOFREU OU SOFRE DE INSÔNIA.		
18- DOENÇAS NO ESTÔMAGO (ÚLCERA, GASTRITE).			37- EMAGRECIMENTO REPENTINO.		
19- RESFRIADOS FREQUENTES, SINUSITE.			38- ESQUECIMENTO.		
20- PROBLEMAS NA VISÃO.			39- ACIDENTE OU TRAUMATISMO.		
21- DOENÇAS NOS OUVIDOS.			40- DESMAIOS (ATAQUE).		
22- HIPERTENSÃO (PRESSÃO ALTA).			41- INCHAÇOS.		
23- DOENÇA MENTAL, NERVOSA OU EPILEPSIA.			42- FORMIGAMENTO NAS MÃOS.		
24- DOR DE CABEÇA, TONTURA, CONVULSÕES.			43- PENSAMENTOS REPETITIVOS.		
25- DOENÇAS DE PELE.			44- CANSAÇOS AO LEVANTAR.		
26- DOENÇAS DE COLUNA, DOR NAS COSTAS.			45- ANSIEDADE OU TRISTEZA PROFUNDA.		
27- DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSIVEL.			46- OUTRA DOENÇA: _____		
28- REUMATISMO, DOR NAS JUNTAS.			47- FEZ ALGUMA CIRURGIA: _____ DATA: _____		
29- VARIZES, VARICOCELE.			48- JÁ ESTEVE INTERNADO ALGUMA VEZ? (OBS)		

OBS.:

HÁBITOS PESSOAIS

Você tem por hábito	NÃO	SIM	Em caso positivo, responda:
49- REALIZAR EXERCÍCIOS FÍSICOS			() 1 a 2 VEZES/SEMANA () 3 OU MAIS VEZES/SEMANA
50- USAR REGULARMENTE COMPUTADOR EM CASA			() ATÉ 3H/DIA () ACIMA 3H/DIA
51- FUMAR			QUANTOS CIGARROS POR DIA?
52- INGERIR BEBIDAS ALCÓOLICAS			() 1 a 3 DOSES/SEMANA () MAIS DE 3 DOSES/SEMANA
53- USAR DROGAS			QUAL(IS)?
54- TOMAR ALGUM MEDICAMENTO			QUAL(IS)? () 1 a 2 VEZES/SEMANA () 3 OU MAIS
55- PRATICAR ATIVIDADES CULTURAL/HOBBY			QUAL(IS)?

OBS.:

HISTÓRICOS OCUPACIONAIS

Atualmente	NÃO	SIM	Atualmente	NÃO	SIM
56- EXERCE OUTRA ATIVIDADE ALÉM DA CAPESESP			59- TEM ALGUMA LESÃO FÍSICA DEVIDO AO TRABALHO		
57- SUA CONDIÇÃO DE SAÚDE EXIGE TRABALHO ESPECIAL?			60- ESTEVE DOENTE DEVIDO AO TRABALHO?		
58- ESTEVE AFASTADO PELO INSS?					

Obs:

Assino como prova de ter declarado a verdade

_____/_____/_____
CIDADE

Assinatura do Candidato / Empregado