



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS**  
**DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR**  
**COORDENADORIA SETORIAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO**

**EXAME MÉDICO**

NOME:

MATRÍCULA:

C. CUSTO:

ADMISSÃO:

DATA DO EXAME:

FUNÇÃO ATUAL :

NOVA FUNÇÃO :

REGIME:

PERIÓDICO

FUNÇÃO ESPECIAL

RETORNO AO TRABALHO

DEMISSIONAL

DIAGNÓSTICO:

MÉDICO:

APTO:

INAPTO:

PRÓXIMO EXAME:

DATA DO EXAME:

FUNÇÃO ATUAL :

NOVA FUNÇÃO :

REGIME:

PERIÓDICO

FUNÇÃO ESPECIAL

RETORNO AO TRABALHO

DEMISSIONAL

DIAGNÓSTICO:

MÉDICO:

APTO:

INAPTO:

PRÓXIMO EXAME:

DATA DO EXAME: | FUNÇÃO ATUAL : | NOVA FUNÇÃO : | REGIME:

| | PERIÓDICO | | FUNÇÃO ESPECIAL | | RETORNO AO TRABALHO | | DEMISSIONAL

DIAGNÓSTICO: | MÉDICO: | APTO: | INAPTO: | PRÓXIMO EXAME:

DATA DO EXAME: | FUNÇÃO ATUAL : | NOVA FUNÇÃO : | REGIME:

| | PERIÓDICO | | FUNÇÃO ESPECIAL | | RETORNO AO TRABALHO | | ACESSO | | DEMISSIONAL

DIAGNÓSTICO: | MÉDICO: | APTO: | INAPTO: | PRÓXIMO EXAME: