



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 PRÉ - ADMISSIONAL

NOME :

CARGO:

SEXO: | DATA DE NASCIMENTO: | NATURALIDADE: | ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO:

BAIRRO: | CIDADE:

ESTADO: | CEP: | TELEFONE RESIDÊNCIA: | TELEFONE CELULAR:

ANTECEDENTES FAMILIARES - AVÓS, PAIS, IRMÃOS, TIOS, PRIMOS - (MARQUE COM UM 'X' SE FOR POSITIVO)

<input type="checkbox"/>	ASMA	<input type="checkbox"/>	CANCER	<input type="checkbox"/>	DIABETE	<input type="checkbox"/>	HANSEIASE / LEPROA	<input type="checkbox"/>	TUBERCULOSE
<input type="checkbox"/>	ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/>	DOENÇAS DO CORAÇÃO	<input type="checkbox"/>	DOENÇA MENTAL	<input type="checkbox"/>	PRESSÃO ALTA	<input type="checkbox"/>	VARIZES

ANTECEDENTES PESSOAIS - (MARQUE COM UM 'X' SE FOR POSITIVO)

<input type="checkbox"/>	CAXUMBA	<input type="checkbox"/>	BRONQUITE	<input type="checkbox"/>	USA DROGAS	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS RENAIIS / CÓLICA DE RINS
<input type="checkbox"/>	RUBÉOLA / SARAMPO	<input type="checkbox"/>	RINITE / SINUSITE	<input type="checkbox"/>	HEMORRÓIDAS	<input type="checkbox"/>	DOENÇAS NERVOSAS
<input type="checkbox"/>	VARICELA / CATAPORA	<input type="checkbox"/>	DOENÇAS RESPIRATÓRIAS (ASMA)	<input type="checkbox"/>	HÉRNIA ABDOMINAL	<input type="checkbox"/>	ENXAQUECA / DOR DE CABEÇA
<input type="checkbox"/>	ALERGIAS	<input type="checkbox"/>	DOENÇAS VENÉREAS / SEXUAIS	<input type="checkbox"/>	DOENÇAS DO CORAÇÃO	<input type="checkbox"/>	EPILEPSIA / DESMAIOS / ATAQUE
<input type="checkbox"/>	DEPRESSÃO TEM PROBLEMAS DE OUVIDO/ AUDIÇÃO	<input type="checkbox"/>	HEPATITE	<input type="checkbox"/>	PRESSÃO ALTA	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE COLUNA / HÉRNIA DE DISCO
<input type="checkbox"/>	GASTRITE / ÚLCERA DO ESTÔMAGO	<input type="checkbox"/>	DIABETES	<input type="checkbox"/>	VARIZES	<input type="checkbox"/>	TENDINITES
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	LER / DORT	<input type="checkbox"/>	

RESPONDA SIM OU NÃO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

	SIM	NÃO	
1. VOCÊ TEM ALGUMA DOENÇA ANTIGA OU ATUAL?			QUAL?
2. VOCÊ USA ALGUM MEDICAMENTO?			QUAL? - (NOME DA MEDICAÇÃO, FISIOTERAPIA, PSICOTERAPIA OU OUTROS)
3. SOFREU ALGUMA FRATURA OU PROBLEMAS EM OSSOS OU ARTICULAÇÕES?			QUAL TIPO?
4. SOFREU ALGUMA CIRURGIA?			QUANDO? QUAL TIPO?
5. TEM DOR NA COLUNA?			HÁ QUANTO TEMPO?
6. TEM DOR EM ALGUMA ARTICULAÇÃO? (OMBRO, COTOVELO, PUNHO, MÃOS, QUADRIL, JOELHOS, TORNOZELOS, PÉS)			ONDE? HÁ QUANTO TEMPO?
7. VACINADO CONTRA O TÉTANO?			ÚLTIMA DOSE EM:
8. VACINADO CONTRA HEPATITE?			ÚLTIMA DOSE EM:
9. TEM PROBLEMAS DE VISÃO (NOS OLHOS)?			
10. JÁ USOU OU USA DROGAS?			QUANTOS POR DIA? HÁ QUANTO TEMPO ?
11. FAZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA?			QUANTAS VEZES POR SEMANA? HÁ QUANTO TEMPO ?
12. FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSQUIATRA?			QUAL?
13 TEM FILHOS?			Nº DE FILHOS:

SAÚDE DA MULHER - (SÓ PARA AS CANDIDATAS)

Nº DE GESTAÇÕES: | Nº DE ABORTOS: | Nº DE PARTOS NORMAIS: | Nº DE CESARIAS:

DATA ÚLTIMA MENSTRUAÇÃO: | DATA ÚLTIMA VISITA AO GINECOLOGISTA: | INÍCIO DA MENOPAUSA: | QUAL MÉTODO ANTICONCEPCIONAL UTILIZADO?:

ANTECEDENTES PROFISSIONAIS - (EMPREGOS ANTERIORES - ÚLTIMOS 2 ANOS)

NOME DA EMPRESA:	PERÍODO	FUNÇÕES
SOFREU ACIDENTE NO TRABALHO, QUAL TIPO?	AGENTE AGRESSIVO NA EMPRESA ONDE VOCÊ TRABALHAVA (BARULHO, POEIRAS, PRODUTOS QUÍMICOS, TINTAS, ETC.):	
NOME DA EMPRESA:	PERÍODO	FUNÇÕES
SOFREU ACIDENTE NO TRABALHO, QUAL TIPO?	AGENTE AGRESSIVO NA EMPRESA ONDE VOCÊ TRABALHAVA (BARULHO, POEIRAS, PRODUTOS QUÍMICOS, TINTAS, ETC.):	

RECEBE BENEFÍCIO DE ÓRGÃO PREVIDENCIÁRIO ?

(APOSENTADORIA, PENSÃO, AUXÍLIO DOENÇA OU ACIDENTADO)
 QUAL?

DECLARO A VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES ACIMA

ASSINATURA DO CANDIDATO: | Nº DO RG: | DATA:

DADOS ANTROPOMÉTRICOS:

IDADE:	PESO:	ALTURA:	BIÓTIPO:
--------	-------	---------	----------

EXAME FÍSICO:

PELES E MUCOSAS :

FC:	FR:	PA:	TEMPERATURA:
-----	-----	-----	--------------

CABEÇA:

PESCOÇO:	TIREÓIDE:	GÂNGLIOS:
----------	-----------	-----------

PULMÕES:

CORAÇÃO:

ABDOMEM:

SISTEMA URINÁRIO:	GIORDANO:
-------------------	-----------

COLUNA:	LÂSÉGUE:
---------	----------

M. M. S. S.:

M. M. I. I.:

SISTEMA NERVOSO:	TREMORES:	ROMBERG:
------------------	-----------	----------

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

PARECER FINAL

PARA CUMPRIMENTO DA N. R. - 7, PORTARIA 3214 / 78. AO EXAME CLÍNICO O FUNCIONÁRIO ENCONTRA-SE: | | APTO | | INAPTO

PARA DESEMPENHAR A FUNÇÃO DE:

ESTE EXAME MÉDICO PREVÊ A APTIDÃO DO CANDIDATO PARA A FUNÇÃO PROPOSTA POR: | | DIAS

DATA:	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL COM C. R. M.:
-------	--

RECEBI CÓPIA :	ASSINATURA DO CANDIDATO:
----------------	--------------------------