



FICHA DE ATENDIMENTO DE SERVIDORES EM PROCESSO DE SAÚDE

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME:	DATA DE NASCIMENTO:

ENDEREÇO:	

BAIRRO:	

CIDADE:	TELEFONE:
_____	_____
ESCOLARIDADE / FORMAÇÃO:	

SITUAÇÃO FUNCIONAL

MATRÍCULA:	CENTRO DE CUSTO:	REGIME JURÍDICO:	DATA DA ADMISSÃO:	TEMPO DE SERVIÇO:
_____	_____	EF FA FP CLT	_____	_____
SECRETARIA:				

DEPARTAMENTO:				

LOCAL DE TRABALHO:	CHEFIA IMEDIATA:			
_____	_____			
TELEFONE:	HORÁRIO DE TRABALHO:			
_____	_____			
FUNÇÃO / CARGO ATUAL:				

FUNÇÃO / CARGO ANTERIOR:				

DADOS COMPLEMENTARES

MÉDICOS QUE ACOMPANHAM O TRATAMENTO

NOME:

ESPECIALIDADE:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

NOME:

ESPECIALIDADE:

ENDEREÇO:

TELEFONE:

EXPERIÊNCIAS PROFISSIONAIS:

CURSOS / HABILIDADES:

QUAL O CONTEXTO EM QUE ADOECERAM? (ÉPOCA, TIPO DE TRABALHO, POSSÍVEIS CAUSAS):

COMO SE SENTE EM RELAÇÃO AO TRABALHO? VOCÊ MUDARIA ALGUMA COISA NELE?

QUAL A EXPECTATIVA EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE SAÚDE?

FALE UM POUCO SOBRE VOCÊ E SUA FAMÍLIA:

OBSERVAÇÕES GERAIS (ADEQUAÇÃO À REALIDADE, GERÊNCIA, HUMOR, APRESENTAÇÃO, ETC.)
