



DEPARTAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA E SAÚDE DO TRABALHADOR

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:	
Está recebendo algum <b>pecúlio</b> (proventos) <b>previdenciário</b> ?	<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
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 ou de drogas</b> ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Em caso afirmativo, especifique:	
	Há quanto tempo?
Já esteve <b>internado em algum hospital</b> ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Indique o motivo:	



Já sofreu <b>acidente do trabalho</b> ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Possui doenças <b>ocupacionais</b> ou <b>de trabalho</b> ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Há quanto tempo? Especificar:	
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 à <b>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> ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Há quanto tempo? Especifique:	
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> ?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Caso afirmativo, qual o grau?	
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