GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO
E DOS RECURSOS HUMANOS

DEPARTAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA E SAÚDE DO TRABALHADOR

Declaração de Saúde

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? ☐ Não ☐ Sim

Está fazendo algum tratamento médico? ☐ Não ☐ Sim

Qual doença?

Qual tratamento? (Especificar medicamentos)

Já trabalhou em lugares de muito **pó, gases, tintas, produtos químicos, ruídos excessivos**? ☐ Não ☐ Sim
Em caso afirmativo, especifique:

Está recebendo algum **pecúlio** (proventos) **previdenciário**? ☐ Não ☐ Sim

Está aposentado(a) por Órgão (Federal, Estadual, Municipal, Previdencial) por invalidez? ☐ Não ☐ Sim

É **fumante**? ☐ Não ☐ Sim

☐ até 10 cigarros por dia ☐ de 10 a 15 cigarros por dia ☐ mais de 20 cigarros por dia

Faz uso habitual de **bebida alcóolica ou de drogas**? ☐ Não ☐ Sim

Em caso afirmativo, especifique:

Há quanto tempo?

Já esteve **internado em algum hospital**? ☐ Não ☐ Sim
Indique o motivo:

Já foi **operado**? Indique o motivo e data:	☐ Não ☐ Sim
Tem alguma indicação atual para **cirurgia**? Qual?	☐ Não ☐ Sim
Já foi submetido a tratamento para **câncer** ou está investigando esta possibilidade? Se afirmativo, especifique e cite a época:	☐ Não ☐ Sim
É portador de doença de **nascença** ou **hereditária** ou **deformidade física**? Qual?	☐ Não ☐ Sim
Possui algum sinal ou sintoma (dor, febre, etc.) de origem ainda não identificada? Especifique:	☐ Não ☐ Sim
Já foi submetido a tratamento com f**isioterapia, radioterapia, quimioterapia** ou outros tratamento em períodos prolongados? Cite-os e os motivos e data:	☐ Não ☐ Sim

Aspectos Específicos

Possui doença **respiratória**? (falta de ar, bronquite, asma) Cite:	☐ Não ☐ Sim
Fez exames especializados por suspeita de **problema cardíaco**? (como teste ergométrico, cateterismo cardíaco, etc.) Cite: Já tratou de **angina** ou **infarto do coração**? Se afirmativo, especifique: Possui **pressão alta**? (hipertensão arterial)	☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim
Possui doença de **pele ou alérgicas**? Se afirmativo, cite-as: Faz tratamento? Há quanto tempo: Qual tratamento?	☐ Não ☐ Sim
Possui alguma **deficiência dos ossos, coluna ou membros**? (pernas, braços, problemas de circulação, varizes, reumatismo, dor na coluna, hérnia de disco) Cite:	☐ Não ☐ Sim
Possui alguma doença do **aparelho digestivo** (como úlcera, cirrose, hepatite icterícia, problema de vesícula biliar, algum tumor, hérnia,gastrite, refluxogastroesofágico, hérnia hiatal)? Cite:	?☐ Não ☐ Sim
Possui alguma doença do **aparelho genital ou urinário**? (tumores, cólicas renais, pedra nos rins, mau funcionamento dos rins ou próstata, corrimento, doença nas mamas – dor ou caroço) Cite:	☐ Não ☐ Sim
Possui alguma doença do **sistema nervoso ou muscular**? (ataques, convulsões, desmaios, tumores, isquemia, AVC – derrame) Cite:	☐ Não ☐ Sim
Já fez ou está em tratamento **psiquiátrico/psicológico**? Há quanto tempo? Especifique: Faz uso de medicação psiquiátrica? Já esteve internado por **problemas emocionais**, **alcoolismo ou drogas**?	☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim

Já sofreu **acidente do trabalho**? ☐ Não ☐ Sim

Possui doenças **ocupacionais** ou **de trabalho**? ☐ Não ☐ Sim
Há quanto tempo? Especificar:

Possui alguma doença ou sintoma **otorrinolaringológico**?
(perda de audição, labirintite, sinusite, laringite, rinite) ☐ Não ☐ Sim
Especifique:

Com relação **à voz**, apresenta rouquidão, cansaço ao falar, pigarro? ☐ Não ☐ Sim
Especifique:

Com que frequência? Há quanto tempo?

Já fez cirurgia nas **cordas vocais**? ☐ Não ☐ Sim
Há quanto tempo? Especifique:

Já fez tratamento para **voz**? (fonoterapia) ☐ Não ☐ Sim
Especifique:

Você apresenta baixa **visão** para perto ou longe? ☐ Não ☐ Sim
Caso afirmativo, especifique:

Usa **óculos** ou **lentes**? ☐ Não ☐ Sim
Caso afirmativo, qual o grau?

Já realizou tratamento (laser ou outros) ou **cirurgia oftalmológica**? ☐ Não ☐ Sim
Especifique:

Outras observações que julga importante:

LOCAL E DATA	ASSINATURA