



FICHA CLÍNICA – ATENÇÃO: todos os campos são obrigatórios

Admissional

Demissional

Retorno ao Trabalho

Periódico

Mudança de Função

Avaliação Médica

| | | |
|-------------------------|---------|---------------|
| Nome da Empresa: | | CNPJ: |
| Setor: | Função: | |
| Nome: | | RG: |
| Data de Nascimento: / / | Sexo: | Estado Civil: |

HISTÓRICO OCUPACIONAL (o candidato / funcionário deve preencher)

| ASSINALE | SIM | NÃO | ASSINALE | SIM | NÃO |
|---|-----|-----|---|-----|-----|
| É portador de deficiência física ou redução funcional de algum órgão? | | | Exerce (eu) algum trabalho que exija o uso de equipamento de proteção? | | |
| Está em tratamento médico? | | | Apresenta (ou) algum problema com o uso do E.P.I? | | |
| Faz ou fez uso de algum medicamento? | | | Já se submeteu a algum exame complementar em trabalho anterior (audiometria, exame de sangue, urina)? | | |
| Já apresentou alguma doença do trabalho ou profissional? | | | <u>Descreva aqui todas as informações sobre respostas SIM</u> | | |
| Apresenta (ou) algum afastamento superior a 15 dias por acidente ou doença adquirida no trabalho? _ | | | | | |
| Recebeu indenização por acidente de trabalho? _ | | | | | |

Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde, tendo prestado informações completas e verídicas.

São Paulo. / / 20

assinatura do candidato (a) / funcionário (a)

EXAME FÍSICO (área exclusiva do médico)

| | | | | |
|--------------------|----------------------|-------|-------------------------------|----------------------|
| P.A: | Pulso (b/m): | Peso: | Altura: | D.U.M.: |
| | Alterado? Sim/não | | | Presente? Sim/não |
| Cabeça e pescoço | | | Derfomidades | |
| Coração | | | Atrofias | |
| Pulmões | | | Edemas | |
| Abdome | | | Cisto sinovial | |
| Coluna cervical | | | Limitação de movimentos | |
| Coluna dorsal | | | Diminuição de força | |
| Coluna lombo-sacra | | | Parestesias | |
| Membros Inferiores | | | Sintomas às manobras | |
| Pele | | | Dor (palpação / movimentação) | |

Conclusão:

APTO

NÃO APTO

para exercer as funções de: _____

São Paulo. / / 20

Assinatura do médico examinador e carimbo com CRM