



DEPARTAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA E SAÚDE DO TRABALHADOR - DMEST

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:	
Pratica esporte ou faz atividade física ?	☐ Sim ☐ Não
Qual(is)?	
Está recebendo algum pecúlio (proventos) previdenciário por lesão acidentária do trabalho?	☐ Não ☐ Sim
Está aposentado(a) por Órgão (Federal, Estadual, Municipal, Previdencial) por invalidez?	☐ Não ☐ Sim

Possui doença de pele ou alérgicas ? ☐ Não ☐ Sim	
Se afirmativo, cite-as:	
Faz tratamento?	Qual tratamento?
Há quanto tempo:	
Possui alguma deficiência dos ossos, membros ou coluna ? (pernas, braços, problemas de circulação, varizes, reumatismo, dor na coluna, hérnia de disco) ☐ Não ☐ Sim	
Cite:	
Possui alguma doença do aparelho digestivo (como úlcera, cirrose, hepatite icterícia, problema) de vesícula biliar, algum tumor, hérnia, hemorroidas, gastrite, refluxo gastroesofágico, hérnia hiatal? ☐ Não ☐ Sim	
Cite:	
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) ☐ Não ☐ Sim	
Cite:	
Possui alguma doença do sistema nervoso ou muscular ? (ataques, convulsões, desmaios, tumores, isquemia, AVC – derrame) ☐ Não ☐ Sim	
Cite:	
Você já fez algum tratamento na área de Saúde Mental ? ☐ Não ☐ Sim	
Qual(is): ☐ Psiquiátrico ☐ Psicológico	
Informe o motivo e período de realização:	
Atualmente, você está fazendo algum acompanhamento de Saúde Mental? ☐ Não ☐ Sim	
Qual(is): ☐ Psiquiátrico ☐ Psicológico	
Comente os motivos que fizeram você buscar o acompanhamento, especifique o tratamento realizado (frequência, duração) e por quais profissionais:	
Já fez uso de medicação psiquiátrica? ☐ Não ☐ Sim	
Qual(is)?	
Atualmente, você faz uso de medicação psiquiátrica? ☐ Não ☐ Sim	
Qual(is)?	

Já teve internação na área da Saúde Mental?

☐ Não ☐ Sim

Motivo:

Período:

Algun membro da sua família (pais, filhos, cônjuges, tios , avós, primos...) faz ou já fez tratamento na área da Saúde Mental?

☐ Não ☐ Sim

Quem?

Quando?

Você já teve algum afastamento de trabalho por doença?

☐ Não ☐ Sim

Qual(is)?

Já fez uso de algum outro tipo de substância psicoativa? ?

☐ Não ☐ Sim

Qual(is)?

Se sim, já fez algum tratamento para isso?

☐ Não ☐ Sim

Quando?

Atualmente, você faz uso de algum outro tipo de substância psicoativa?

☐ Não ☐ Sim

Qual(is)?

Já se envolveu em alguma situação de agressão física ou verbal?

☐ Não ☐ Sim

Se sim, indique o tipo de agressão:

☐ Agressão verbal ☐ Agressão física ☐ Destruição de algum objeto

Escreva os motivos:

Já sofreu acidente do trabalho ?	☐ Não ☐ Sim
Qual?	
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 ? (fonoaterapia)	☐ 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