



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?	<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:	
Pratica <b>esporte</b> ou faz <b>atividade física</b> ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual(is)?	
Está recebendo algum <b>pecúlio</b> (proventos) <b>previdenciário</b> por lesão acidentária do trabalho?	<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





Já teve internação na área da Saúde Mental?

Não  Sim

Motivo:

Período:

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