

JUNTA MÉDICA OFICIAL

LAUDO MÉDICO PERICIAL (EXAME CLÍNICO)

QUESTIONÁRIO A SER RESPONDIDO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

1.1 - NOME: _____

1.2 - DATA DE NASCIMENTO: _____

1.3 - SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

1.4 - FILIAÇÃO: _____

1.5 - NATURALIDADE: _____ NACIONALIDADE _____

1.6 - DOC. IDENTIDADE Nº _____ DATA DE EXPEDIÇÃO ____ / ____ / ____

ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____

1.7 - CTPS. NÚMERO: _____ SÉRIE: _____

1.8 - RESIDÊNCIA: _____

_____ FONE: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____

1.9 - ESCOLARIDADE: _____

1.10 - EXAME P/ O CARGO _____

2 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

2.1 - PARA TODOS OS CANDIDATOS:

2.1.1 - Relacionar todas as doenças que já teve:

2.1.2 - Faz uso de bebidas alcoólicas?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2.1.3 - Você Fuma?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2.1.4 - Esteve internado para tratamento	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2.1.5 - Foi operado?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2.1.6 - Fez tratamento Psiquiátrico?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2.1.7 - Fez uso de tóxico?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2.1.8 - Faz uso contínuo de medicação?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2.1.9 - Já teve doenças cardíacas?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2.1.10 - Já teve convulsões ou desmaios?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2.1.11 - Você tem Hipertensão Arterial?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2.1.12 - Teve doenças pulmonares?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2.1.13 - Sofreu acidentes ou fraturas?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2.1.14 - Tem ou teve doenças de vias urinárias?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2.1.15 - Você é diabético?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2.1.16 - Teve Úlcera péptica ou gastrite?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2.1.17 - Teve doença venérea?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2.1.18 - Procurou médico nos últimos 2 anos?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

Ass. do candidato

2.1.20 - Em caso afirmativo, especificar:

2.2 - PARA MULHERES:

- 2.2.1 - Já fez cirurgia ginecológica? SIM NÃO
2.2.2 - Já fez laqueadura de trompas? SIM NÃO
2.2.3 - As menstruações são normais? SIM NÃO
2.2.4 - Tem fluxo excessivo? SIM NÃO
2.2.5 - Faz consulta ginecológica periódica? SIM NÃO
2.2.6 - Você tem cólica menstrual? SIM NÃO
2.2.7 - Tem atividade sexual? SIM NÃO
2.2.8 - Faz uso de Anticoncepcional? SIM NÃO
2.2.9 - Faz tratamento de reposição hormonal? SIM NÃO

2.2.10 - Qual a data da última menstruação? _____
2.2.11 - Antecedentes Obstétricos (número de Gestações, de Partos e abortos):

2.2.12 - OBS: _____

3 - ANTECEDENTES FAMILIARES:

IDADE CONDIÇÕES DE SAÚDE (OU CAUSA DA MORTE)

3.1 - PAI: _____
3.2 - MÃE: _____
3.3 - CÔNJUGE: _____

QUANT. CONDIÇÕES DE SAÚDE (OU CAUSA DA MORTE)

3.4 - IRMÃOS N°: _____
3.5 - FILHOS N°: _____

4 - ANTECEDENTES LABORAIS:

4.1 - Já teve algum Acidente de Trabalho? SIM NÃO

Quando? _____

Onde? _____

Teve CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho, registrada?

SIM NÃO n° da CAT: _____

4.2 - Cite suas funções anteriores e o tempo em cada uma delas:

Ass. do candidato

4.3 - Já ficou afastado do trabalho por licença a saúde?

SIM NÃO

Quando? _____ Quanto tempo? _____

Número de Benefício: _____ (na CTPS)

4.4 - Já esteve exposto no seus trabalhos anteriores a:

Ruídos? Pó?	Poeira?	Gases?	Tintas?
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO

Produtos Químicos?	Posturas inadequadas?	Levantamento de pesos?
---------------------------	------------------------------	-------------------------------

<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO

Se SIM, onde? Quanto tempo? _____

Usou EPI - Equipamento de Proteção Individual? SIM NÃO

Em caso afirmativo especificar quais:

4.5 -Já teve doenças profissionais? SIM NÃO

Se AFIRMATIVO, qual (is)?

4.6 - Vacinas:

Febre amarela	Anti Rábica	Anti Tetânica	Hepatite	BCG
<input type="checkbox"/> SIM				
<input type="checkbox"/> NÃO				

Atesto a veracidade das informações prestadas, assumindo a responsabilidade civil e penal pelas mesmas, e autorizo esta Junta Médica Oficial, à consultar e verificar meus ANTECEDENTES MÉDICOS, para maiores esclarecimentos que se fizerem necessários.

ASSINATURA DO CANDIDATO

V - EXAME CLÍNICO - FÍSICO:

5.1 - Estado geral: _____ Peso: _____ Altura: _____

5.2 - Ap. Circulatório - Pulso: _____ Pressão Arterial: _____

5.3 - Ausculta Cardíaca: _____

5.4 - Aparelho Respiratório: _____

5.5 - Abdome: _____

5.6 - Sistema Osteomuscular:

5.7 - Sistema Neurológico e Otológico: _____

ANOTAÇÕES COMPLEMENTARES:

6 - EXAMES COMPLEMENTARES E PARECERES ESPECIALIZADOS SOLICITADOS:

7 - RESULTADOS DOS EXAMES SOLICITADOS:

8 - PARECER MÉDICO - PARECER FINAL

8.1 - INAPTO

8.2 - RETIDO - MOTIVO: _____

SOLICITADO: _____

8.3 - APTO

Goiânia - GO, _____ de _____ de 2009

MÉDICO PERITO - ASS. E CARIMBO