



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR
COORDENADORIA SETORIAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO

QUESTIONÁRIO PARA EXAME OCUPACIONAL

IDENTIFICAÇÃO

MATRÍCULA:	NOME:	CPF:	
ENDEREÇO:	TELEFONE:	CELULAR:	
DATA DE NASCIMENTO:	CENTRO DE CUSTO:	CARGO / FUNÇÃO:	DATA DE ADMISSÃO:
REGIME JURÍDICO:	APOSENTADO J.M.O. / INSS:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

MOTIVO DA CONSULTA

<input type="checkbox"/> PERIÓDICO	<input type="checkbox"/> PROCESSO DE SAÚDE	<input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO OCUPACIONAL	<input type="checkbox"/> RETORNO AO TRABALHO
<input type="checkbox"/> REGIME DE DIREÇÃO	<input type="checkbox"/> TRABALHO EM ALTURA	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE POSTO	<input type="checkbox"/> DEMISSÃO
LOCAL DE TRABALHO:	CARGA HORÁRIA:		

ATIVIDADES QUE REALIZA:

USO EPI:

<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAIS?
SEGUNDO EMPREGO:	QUAL / CARGA HORÁRIA / QUANTO TEMPO?	
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	

VACINAÇÃO:

CARTEIRA DE VACINAÇÃO ATUALIZADA?	TÉTANO:	DATA:	GRIPE:			
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO		
HEPATITE B:	ANTIHBs:	RAIVA:	SOROLOGIA:	DATA:	SCR:	
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
OUTRAS:						

TRATAMENTO DE SAÚDE:

<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAIS?
------------------------------	------------------------------	--------

MEDICAMENTOS:

CIRURGIAS:	QUAL?		
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO		
G: P: C: A:	DUM:	AC:	TRH:

HÁBITOS / HOBBIES:

TABAGISMO:	QTOS / DIAS:	TEMPO:	ETILISMO:	QUANTO:
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
DROGAS:	QUANTO TEMPO?	ACADEMIA / ESPORTES / ARTES MARCIAIS:	QUAL / QTO:	
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
ARTESANATO / VIDEO GAME / INSTRUMENTO MUSICAL:	QUAL?	QUANTO?		
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			

“QUALQUER ALTERAÇÃO DE POSTO DE TRABALHO DEVERÁ SER COMUNICADO IMEDIATAMENTE À SAÚDE OCUPACIONAL E/OU RELAÇÕES DO TRABALHO”

DATA / ASSINATURA SERVIDOR: