



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

EXAME MÉDICO OCUPACIONAL

IDENTIFICAÇÃO

MATRÍCULA:	NOME:	CPF:		
ENDEREÇO:	TELEFONE:	CELULAR:		
DATA DE NASCIMENTO:	CENTRO DE CUSTO:	CARGO / FUNÇÃO:	DATA DE ADMISSÃO:	
REGIME JURÍDICO:	ESTABELECIMENTO:	TIPO DE DEFICIÊNCIA:	SEXO:	IDADE:
			M	F

RISCOS OCUPACIONAIS

<input type="checkbox"/> FÍSICO	<input type="checkbox"/> QUÍMICO	<input type="checkbox"/> BIOLÓGICO
<input type="checkbox"/> ERGONÔMICO	<input type="checkbox"/> AUSÊNCIA DE RISCO OCUPACIONAL ESPECÍFICO	

ANAMNESE:

EXAME CLÍNICO:

EXAMES COMPLEMENTARES E/OU RELATÓRIOS:

RESTRIÇÕES / RECOMENDAÇÕES:

TIPO DE EXAME:	DATA:	DATA DE VALIDADE:	CONCLUSÃO DO EXAME:
----------------	-------	-------------------	---------------------

MÉDICO:

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO: