



QUESTIONÁRIO PARA EXAME OCUPACIONAL

Identificação do(a) Servidor(a)*

Nome:	Idade	Matrícula:
CPF:	Gênero / Sexo: Masc ___ Fem ___ Outros: _____	Telefone / Celular
Local de trabalho:	Cargo	

MOTIVO DA CONSULTA:

() Periódico	() Periódico com Processo de Saúde	() Mudança de Risco Ocupacional	() Demissional
() Retorno ao Trabalho	() Avaliação Ocupacional	() Outros _____	

Descrição das atividades que realiza no trabalho: _____

	sim	não	DETALHAR
Apresenta dificuldade em executar as atividades laborais / queixas relacionadas a sua saúde neste momento?			Se SIM, qual(is) dificuldades:
Faz uso de equipamento de proteção individual (EPI)?			Se SIM, qual(is):
Tem segundo emprego?			Se SIM, qual(is), há quanto tempo, qual carga horária semanal e descrever as atividades que realiza:
Faz algum tratamento de saúde?			Se SIM, detalhar qual(is) especialidade(s) e o(s) motivo(s)/ diagnósticos:
Faz, no momento, uso contínuo de alguma medicação?			Se SIM, detalhar qual(is) medicações, dosagem (se souber)/ quantidade e há quanto tempo em uso:
Já foi submetido(a) à cirurgia?			Se SIM, detalhar qual(is), o motivo e data (caso não se lembrar, tentar registrar mês e ano):
Tem sequela(s) da cirurgia?			Se SIM, qual(is):
Já sofreu algum acidente de trabalho?			Se SIM, detalhar qual(is) e quando foi:
Você fuma?			Se SIM, quantos cigarros/dia e há quanto tempo?
Consume bebida alcoólica?			Se SIM, qual o tipo de bebida, consumo (mensal, semanal, diário, social), quantidade (copo, lata, mL, L, garrafa, dose) e há quanto tempo?
Usa alguma droga?			Se SIM, o quê, quanto e há quanto tempo?
Tem hábito de jogar ou apostar (on-line)?			Se SIM, qual, quanto e há quanto tempo?
Pratica alguma atividade física?			Se SIM, qual(is), tempo de duração, quantidade por semana e há quanto tempo?
Tem algum hobby? (ou pratica alguma atividade de lazer)			Se SIM, o quê?

Eu, servidor(a) ou representante legal do acima descrito declaro para fins legais/judiciais que as informações acima são verdadeiras e estou ciente que a omissão/inveracidade de informações ou a apresentação de dados ou documentos falsos implicam medidas judiciais cabíveis, assim como sanções administrativas e aquelas pertinentes ao ato. Declaro, ainda, estar ciente de que qualquer alteração de posto de trabalho, atividades exercidas e/ou função (risco ocupacional) deverá ser comunicada previamente à Saúde Ocupacional e/ou Relações do Trabalho deste Departamento (DPSS) para aprovação. Neste ato, para fins de cumprimento das exigências estabelecidas na Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, autorizo, expressamente, a coleta, recepção, classificação, transmissão, processamento, arquivamento, armazenamento, tratamento, transferência e gerenciamento de meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, pela PMC, para fins de saúde/médico e laboral.*

Data: _____. _____. _____. Assinatura do(a) servidor(a) ou representante legal: _____

Nome representante legal: _____

C.P.F. - Representante legal: _____