



QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

NOME: _____

() FEM () MASC

IDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____ SETOR: _____

SOFREU OU SOFRE DE ALGUMA DOENÇA RELACIONADA ABAIXO	SIM	NÃO	SOFREU OU SOFRE DE ALGUMA DOENÇA RELACIONADA ABAIXO	SIM	NÃO
Doença do coração			Perda de peso (espontânea)		
Pressão alta			Palpitação (sensação batimento peito)		
Asma ou bronquite			Falta de ar		
Tosse persistente			Tuberculose		
Azia			Outras doenças do pulmão		
Dor de estômago			Problemas dentários		
Diarreias seguidas			Verminose		
Hérnia (inguinal / hiato / umbilical)			Falta de apetite		
Dor para urinar			Diabetes		
Urina com sangue			Problemas na Visão		
Resfriados seguidos			Doenças de pele		
Dor de cabeça			Dores nos braços		
Dor nas costas			Artrite / Dores nas juntas		
Doenças venéreas			Varizes nas pernas		
Hemorroidas			Alergia a remédio		
Nervosismo / Desânimo			Epilepsia (ataque)		
Doenças nos rins			Feridas no corpo		
Doenças profissionais			Tumor (es)		

a) Cite outras doenças que teve ou têm e não estão relacionadas acima.

b) Está tomando algum medicamento? Qual(is)?

c) No caso de alergia a medicamentos, quais você **não** pode utilizar?

	SIM	NÃO	SOMENTE PARA MULHERES	SIM	NÃO
Esteve internado (*)			Corrimento		
Foi operado / cirurgia (*)			Está grávida		
Foi isento do exército (*)			Dor nos seios		
Pode trabalhar "no pesado"			Nódulo nos seios		
Tem alguma deficiência física (*)			Está amamentando		
Já sofreu acidente de trabalho			Número de filhos		
			Parto normal		
			Cesárea		
			Aborto		

(*) Cite os motivos.

Cite o estado de saúde, causa da morte e doenças antigas e atuais de pai, mãe, irmão, esposa (o) e filhos.

Quais locais e/ou cargos já trabalhou / desempenhou?

A seu ver, qual seu estado de saúde? () Excelente () Bom () Regular () Péssimo

Assino como prova de ter declarado a verdade.

_____, de _____ de _____

Assinatura



EXAME FÍSICO

P.A: _____ T: _____ FC: _____

PULSO: _____ PESO: _____ ALTURA: _____

Obs 1 .: _____

Obs 2 .: _____

EXAME COMPLEMENTARES	OBSERVAÇÕES
Hemograma completo com contagem de plaquetas	
Glicemia de jejum	
Urina tipo 1 (EAS)	
Creatinina sérica	
Colesterol total e triglicérides (lipidograma)	
AST (Transaminase Glutâmica Oxalacética - TGO)	
ALT (Transaminase Glutâmica Pirúvica - TGP)	
Raios X de Tórax PA e perfil com laudo médico	
Eletrocardiograma com laudo médico	
Tipagem sanguínea ABO e fator RH	

Exames complementares somente para candidatos **acima de 50 (cinquenta) anos** de idade:

EXAME COMPLEMENTARES	OBSERVAÇÕES
PSA (homens)	
Mamografia com laudo médico (mulheres)	
Pesquisa de sangue oculto nas fezes – método imunocromatográfico (homens e mulheres)	



ATESTADO DE SAÚDE – OFTALMOLÓGICO

Atesto, para fins profissionais, que _____
foi examinado(a) em ____ / ____ / _____ e o(a) mesmo(a) se encontra () apto () inapto a
exercer a função de _____

Obs.: _____

_____, _____ de _____ de _____

Carimbo e assinatura do(a) Oftalmologista – CRM e RQE



ATESTADO DE SAÚDE – CARDIOLÓGICO

Atesto, para fins profissionais, que _____

foi examinado(a) em _____ / _____ / _____ e o(a) mesmo(a) se encontra () apto () inapto a
exercer a função de _____

Obs.: _____

_____, _____ de _____ de _____

Carimbo e assinatura do(a) Cardiologista - CRM e RQE



ATESTADO DE SAÚDE – OTORRINOLARINGOLÓGICO

Atesto, para fins profissionais, que _____

foi examinado(a) em ____ / ____ / _____ e o(a) mesmo(a) se encontra () apto () inapto a
exercer a função de _____

Obs.: _____

_____ de _____ de _____

Carimbo e assinatura do(a) Otorrinolaringologista – CRM e RQE



ATESTADO DE SAÚDE – PSIQUIÁTRICO

Atesto, para fins profissionais, que _____
foi avaliado(a) em ____ / ____ / _____, com o objetivo de identificar a presença de fatores impeditivos para o exercício do cargo de _____, os quais consistem em alterações patológicas em uma ou mais das seguintes funções psíquicas elementares: consciência, atenção, orientação, sensopercepção, afetividade, memória, pensamento.

Com base na avaliação realizada, considera-se o(a) candidato(a):

() APTO(A)

() INAPTO(A)

Observações complementares:

_____, de _____ de _____

Carimbo e assinatura do(a) Psiquiatra – CRM e RQE



Ministério da Educação
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Diretoria de Gestão de Pessoas



ASO – ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

EXAME PARA INVESTIDURA EM CARGO PÚBLICO

Atesto, para fins profissionais, que _____

foi examinado(a) em _____ / _____ / _____ e o(a) mesmo(a) se encontra () apto () inapto a

exercer a função de _____

LOTAÇÃO: _____

Obs.: _____

_____, de _____ de _____

Carimbo e assinatura do(a) médico