



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		
Pressão alta			Palpitação		
Asma ou bronquite			Falta de ar		
Tosse			Tuberculose		
Azia			Outras doenças do pulmão		
Dor de estômago			Problemas dentários		
Diarreias seguidas			Verminose		
Hérnia			Falta de apetite		
Dor para urinar			Diabetes		
Urina com sangue			Defeitos na vista		
Resfriados seguidos			Doenças de pele		
Dor de cabeça			Dores nos braços		
Dor nas costas			Artrite / Dor nas juntas		
Doenças venéreas			Varizes		
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?

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

	SIM	NÃO	SOMENTE PARA MULHERES	SIM	NÃO
Esteve internado (*)			Corrimento		
Foi operado (*)			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.

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;	
glicemia;	
urina tipo 1 (EAS);	
creatinina;	
colesterol total e triglicérides (lipidograma);	
AST (TGO);	
ALT (TGP);	
raios X de tórax PA e perfil;	
eletrocardiograma	

ATESTADO DE SAÚDE – OFTALMOLÓGICO

Atesto, para fins profissionais, que _____

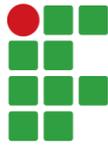
foi examinado(a) em _____ / _____ / _____ e o(a) mesmo(a) se encontra () apto () inapto a

exercer a função de _____

Obs.: _____

_____, _____ de _____ de _____

Carimbo e assinatura do(a) Oftalmologista



INSTITUTO FEDERAL
Paraná



Ministério da Educação

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

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

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 _____

Obs.: _____

_____, _____ de _____ de _____

Carimbo e assinatura do(a) médico