**ATESTADO MEDICO OCUPACIONAL**

**NOME:**

**CARGO:**

**CPF:**

**ÓRGÃO: SECRETARIA xxxxxxxxxx**

**DATA DE NASCIMENTO: IDADE: TELEFONE: (xx) x xxxx - xxx**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DESCRIÇÃO** | **SIM** | **NÃO** | **Nº** | **DESCRIÇÃO** | **SIM** | **NÃO** |
| **01** | Problemas de Alergia |  |  | **19** | Epilepsia ou Disritmia Cerebral |  |  |
| **02** | Asma ou Bronquite |  |  | **20** | Varizes |  |  |
| **03** | Enfisema ou Problemas Pulmonares |  |  | **21** | Problemas de Vesícula Biliar |  |  |
| **04** | Tuberculose |  |  | **22** | Perturbação da Visão(óculos) |  |  |
| **05** | Hérnia |  |  | **23** | Perturbação Auditiva |  |  |
| **06** | Artrite, Reumatismo |  |  | **24** | Problemas de Úlcera de Estômago ou Duodeno, Gastrite |  |  |
| **07** | Dores Articulares |  |  | **25** | Distúrbios Nervosos ou Mentais |  |  |
| **08** | Problema de Pressão Sanguínea |  |  | **26** | Uso de Cigarro |  |  |
| **09** | Problemas Cardíacos |  |  | **27** | Ingestão de Bebida Alcoólica(socialmente) |  |  |
| **10** | Câncer |  |  | **28** | Doença Infecciosa |  |  |
| **11** | Dor Lombar ou Dor nas Costas |  |  | **29** | Reações de estresse com frequência |  |  |
| **12** | Diabetes |  |  | **30** | Dor no Peito (Angina) |  |  |
| **13** | Problemas Renais e Urinários |  |  | **31** | Pratica Exercícios Físicos Regulares |  |  |
| **14** | Artrose (desgaste) Coluna |  |  | **32** | Rouquidão |  |  |
| **15** | Transfusões |  |  | **33** | Homem – Problema na próstata |  |  |
| **16** | Alterações do Colesterol e/ou Triglicérides |  |  | **34** | Mulher – Problema no colo uterino |  |  |
| **17** | Mulher – Problema na mama |  |  | **35** | Cartão de vacina atualizado |  |  |
| **18** | Doença na tireóide |  |  | **36** | Portador de necessidades especiais |  |  |

**37 - As interrogações abaixo deverão ser preenchidas pelo Médico Perito.**

a) Acidentes com Lesões?

Quais / Quando: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b) Internação hospitalar ou cirurgia?

Motivo / Quando: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c) Medicamentos em uso?

Quais / Tempo de uso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

d) Está aposentado por invalidez?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e) Outras informações: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro, sob pena de responsabilidade legal, ser verdadeiras as informações prestadas à Junta Médica Oficial Município, bem como não ter ocultado enfermidades graves, crônicas ou agudas, que não constem da lista acima, mas, que já tragam ou venham a trazer problemas em meu desempenho como servidor, até a data de hoje.

**PARECER MÉDICO: ( ) APTO ( ) INAPTO**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Carimbo e assinatura do médico | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do nomeado |

**Palmas, 25/08/2023**