



Assessoria em Medicina do Trabalho
Avenida da Saudade, 263 - CEP 18800-354 - Piraju/SP
Registrado no CRM-SP 26.984

Ficha Clínica Admissional

Empresa: _____
CNPJ: _____
Nome: _____
Cidade: _____ Fone: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Gênero: _____ Naturalidade: _____
RG: _____ CPF: _____
Cargo exercido: _____

Exames

FICHA CLÍNICA

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ Você tem algum problema de saúde?

Quais as doenças que você teve nos últimos cinco anos? ▶

☐ Foi operado alguma vez?

☐ Esteve internado para tratamento?

☐ Faz ou fez algum tratamento
psiquiátrico/psicológico?

☐ Faz uso contínuo de algum remédio?

☐ Tem doença cardíaca?

☐ Tem ou teve problemas de coluna?

☐ Você tem ou teve alguma hérnia?

ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ Tem pressão alta?

☐ Teve ou tem
convulsões/ataques/desmaios?

☐ Teve ou tem doença pulmonar?

☐ É diabético?

☐ Sofreu doença nos rins?

☐ Sofreu acidente grave?

☐ Sofreu alguma fratura?

☐ Teve acidente de trabalho?

☐ Tirou licenças médicas?

☐ Faz ou já fez tratamento ortopédico?

ÚLTIMO EMPREGO

Nome da Empresa: ▶

O que você fazia? ▶

Por quanto tempo você trabalhou? ▶

Porque você saiu do emprego? ▶

Declaro que estas informações são verdadeiras.

____/____/____
Assinatura ▶

EXAME MÉDICO

Estado geral? ▶

Peso: ▶

Altura: ▶

Pressão Arterial: ▶

Pulso: ▶

Cabeça/Pescoço: ▶

Coração e pulmões: ▶

Abdômen: ▶

Membros superiores: ▶

Membros inferiores: ▶

Exame da coluna vertebral: ▶

Exame neurológico: ▶

Exame das funções mentais: ▶

Resultados dos exames solicitados: ▶

Observações: ▶

☐ Apto para a função

☐ Apto para a função e para trabalho
em altura

☐ Inapto para a função

Data ▶ ____/____/____

Médico Examinador ▶