

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

FICHA CLÍNICA

Demissional Periódico	Retorno ao trabalho Mudança de Riscos
Empresa:	
CNPJ:	
Nome:	
Cidade:Fone	
Data de Nascimento:/	
RG:CPF:	
Cargo exercido:	
HISTÓRICO OCUPACIONAL	
A sua saúde tem sido boa?	
Por causa do seu trabalho, você tem tido algum problema de saúde?	
Se respondeu que sim, qual problema você tem tido?	
Vanis anti formata alama tantan anti di anci da 2	
Você está fazendo algum tratamento de saúde? Se sim, qual ?	
Sofreu algum acidente de trabalho, desde o último exame médico?	
Se sim, como foi o acidente?	
Tirou alguma licença de saúde, desde o último exame médico? Se sim, porque?	
Assinatura	
EXAME MÉDICO	
Estado geral? ▶	Resultados dos exames solicitados: ▶
Peso: ►	
Altura: ▶	
Pressão Arterial: ▶	
Pulso:▶	
Cabeça/Pescoco:▶	
Acuidade Visual: OD OE ▶	
Coração e pulmões:▶	Observações: ▶
Abdômen: ▶	
Membros superiores: ▶	
Membros Inferiores: ▶	
Exame da coluna vertebral: ▶	
Exame neurológico: ►	
Exame das funções mentais: ▶	Apto para a função Apto para a função e para trabalho em altura
Examo das idilyoes mentals.	
	Inapto para a função
Data▶ / /	