

**TJDF**

Poder Judiciário da União
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS
 Secretaria de Saúde - SESA



Nome	Sexo	Nº de Identidade
Naturalidade	Data de Nascimento	
Cargo	Fone:	

ESTAS INFORMAÇÕES SÃO DE CARÁTER CONFIDENCIAL E SÓ O MÉDICO TERÁ ACESSO A ELAS, POR ISSO SEJA SINCERO (A) E AS ENTREGUE AO MÉDICO AO SER ATENDIDO.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Alguns dos seus familiares diretos (pai, mãe, irmãos, avô, avó, mesmo os já falecidos), têm ou tiveram alguma das doenças abaixo: Marque com um "X" uma das alternativas e especifique.

ASSINALE	NÃO	SIM	PARENTESCO	ASSINALE	NÃO	SIM	PARENTESCO
01. Tuberculose				07. Câncer. Qual?			
02. Diabetes (açúcar no sangue)				08. Asma/Alergia/Úrticária			
03. Doença do Coração/Pressão Alta				09. Doença Psiquiátrica/Nervosa			
04. Doença dos Rins				10. Doença de Tireóide			
05. Doença do Sangue				11. Doença Pulmonar			
06. Epilepsia				12. Outras. Qual?			

ANTECEDENTES PESSOAIS

Você sofre ou sofreu de algum dos problemas abaixo?	NÃO	SIM	Você sofre ou sofreu de algum dos problemas abaixo?	NÃO	SIM
13. Doença do Coração/Pressão Alta?			36. Doença de Chagas?		
14. Dor no peito. Palpitações?			37. Malária?		
15. Bronquite. Asma. Rinite. Alergia?			38. Varizes em membros inferiores?		
16. Doença Renal?			39. Hemorróidas, diarreias frequentes?		
17. Doença do Fígado?			40. Hérnias?		
18. Diabetes ?			41. Reumatismo? Dor nas juntas?		
19. Doenças no estômago (dor, úlcera, gastrite) ?			42. Tendinite? Bursite? Epicondilite? LER/DORT?		
20. Resfriados frequentes? Sinusites?			43. Doença da Tireóide?		
21. Problemas na visão?			44. Dificuldade para urinar/ Dor em relação sexual?		
22. Problemas na audição?			45. Doença da Pele?		
23. Otite crônica? Zumbidos ou Dor no ouvido?			46. Alguma outra doença não citada? Qual?		
24. Doença Mental, Nervosa ou Epilepsia?			47. Alergia a algum medicamento? Qual?		
25. Fez ou faz algum tipo de tratamento psiquiátrico?			48. Fratura, Acidente ou Trauma?		
26. Dor de cabeça, Tontura, Convulsões, Desmaios?			49. Alguma deficiência (física, visual ou auditiva)?		
27. Doenças da coluna? Dor nas costas?			50. Já esteve internado alguma vez?		
28. Algum tipo de Câncer?			51. Passou por alguma cirurgia?		
29. Doença de Parkinson?			52. Já fez transfusão de sangue?		
30. Hanseníase?			53. Tabagismo?		
31. Esclerose Múltipla?			54. Etilismo?		
32. Febre Reumática?			55. Outras dependências químicas?		
33. AIDS?			56. Se considera estressado (a)?		
34. Doença Pulmonar (Tuberculose, Enfisema)?			57. Faz uso regular de medicamentos?		
35. Insônia (dificuldade para dormir)?			58. Considera-se acima do peso?		

VOCÊ PRÁTICA ESPORTES REGULARMENTE? () não () sim

ANTECEDENTES OCUPACIONAIS

	NÃO	SIM		NÃO	SIM
59. É o seu primeiro trabalho?			62. Esteve doente devido ao trabalho?		
60. Se respondeu NÃO, onde trabalhava antes?			63. Alguma vez esteve afastado pelo INSS?		
61. Tem alguma lesão física devido ao trabalho?			64. Fez alguma avaliação demissional quando saiu?		

DECLARO, SOB PENA DE RESPONSABILIDADE, QUE AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO EXPRESSAM A VERDADE.

BRASÍLIA-DF, ____/____/20____.

Assinatura do Candidado (a)