



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
SECRETARIA DE ESTADO DE ECONOMIA DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA  
SUBSECRETARIA DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO  
COORDENAÇÃO DE PROMOÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO  
GERÊNCIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR

**FICHA INDIVIDUAL CLÍNICO-OCUPACIONAL**  
**EXAME ADMISSIONAL**

**CONCLUSÃO**

( ) APTO ( ) INAPTO ( ) PENDENTE Obs.: \_\_\_\_\_

( ) PCD BANCA:

( ) FÍSICA ( ) AUDITIVA ( ) VISUAL ( ) TEA ( ) DEF. MÚLTIPLA

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ass. Médico

**1. IDENTIFICAÇÃO PESSOAL**

NOME: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: ( ) SOLTEIRO ( ) CASADO ( ) UNIÃO ESTÁVEL ( ) OUTROS SEXO:

( ) MASCULINO ( ) FEMININO DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

**2. NOMEAÇÃO DO DIÁRIO OFICIAL**

DODF Nº: \_\_\_\_\_ DATA DO DODF: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CARGO EFETIVO/ATIVIDADE: \_\_\_\_\_

ÓRGÃO/SECRETARIA: \_\_\_\_\_

**3. HISTÓRICO OCUPACIONAL PREGRESSO/HÁBITOS**

JÁ POSSUIU VÍNCULO COM O GDF NO PASSADO ( ) SIM ( ) NÃO Qual: \_\_\_\_\_

POSSI VÍNCULO ATUAL COM O GDF ( ) SIM ( ) NÃO Qual: \_\_\_\_\_

JÁ POSSUIU VÍNCULO DE TRABALHO FORA DO GDF ( ) SIM ( ) NÃO Qual: \_\_\_\_\_

POSSI VÍNCULO TRABALHO ATUAL FORA DO GDF ( ) SIM ( ) NÃO Qual: \_\_\_\_\_

JÁ SOFREU ACIDENTE DE TRABALHO ( ) SIM ( ) NÃO Qual: \_\_\_\_\_

ADQUIRIU ALGUMA DOENÇA DO TRABALHO ( ) SIM ( ) NÃO Qual: \_\_\_\_\_

TEM ALGUMA RESTRIÇÃO DE ATIVIDADE LABORAL ( ) SIM ( ) NÃO Qual: \_\_\_\_\_

JÁ FOI SUBMETIDO À READAPTAÇÃO FUNCIONAL ( ) SIM ( ) NÃO Quando: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

É PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PCD/PNE)	( ) SIM	( ) NÃO	Qual: _____
JÁ SOFREU ALGUM ACIDENTE	( ) SIM	( ) NÃO	Qual: _____
JÁ NECESSITOU DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	( ) SIM	( ) NÃO	Quando: ___/___/___
JÁ FOI SUBMETIDO A CIRURGIA	( ) SIM	( ) NÃO	Qual: _____
TEM ALGUM HOBBY (PASSATEMPO/LAZER)	( ) SIM	( ) NÃO	Qual: _____
ATIVIDADE FÍSICA	( ) SIM	( ) NÃO	( ) 1 a 2X semana ( ) 3 ou mais vezes
ETILISMO	( ) SIM	( ) NÃO	( ) 1 a 2X semana ( ) 3 ou mais vezes
TABAGISMO	( ) SIM	( ) NÃO	( ) 1 até 10 cig/dia ( ) Mais de 10 cig/dia
É DOADOR DE SANGUE	( ) SIM	( ) NÃO	
POSSUI PLANO DE SAÚDE:	( ) SIM	( ) NÃO	
VACINAÇÃO ATUALIZADA	( ) SIM	( ) NÃO	

#### 4. HISTÓRIA FAMILIAR

PARENTESCO:	PAI	MÃE	IRMÃO(A)	TIO(A) paterno	TIO(A) materno	AVÔ(Ó) paterno	AVÔ(Ó) materno
HIPERTENSÃO ARTERIAL	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
DIABETES	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
COLESTEROL/TRIGLICERÍDEOS	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
DOENÇA DO CORAÇÃO	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
BRONQUITE/ASMA	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
CÂNCER	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
TRANSTORNOS MENTAIS	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
OUTRAS DOENÇAS:	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Quais: _____							

#### 5. HISTÓRICO PESSOAL DE DOENÇAS. TEM ou TEVE:

HIPERTENSÃO ARTERIAL (PRESSÃO ALTA)	( ) SIM ( ) NÃO	DISTÚRBIOS DA AUDIÇÃO	( ) SIM ( ) NÃO
DIABETES	( ) SIM ( ) NÃO	DISTÚRBIOS DA VISÃO	( ) SIM ( ) NÃO
ALTERAÇÃO COLESTEROL/TRIGLICERÍDEOS	( ) SIM ( ) NÃO	CÂNCER/NEOPLASIA	( ) SIM ( ) NÃO
DOENÇAS/DORES DA COLUNA VERTEBRAL	( ) SIM ( ) NÃO	TRANSTORNOS MENTAIS	
DOENÇAS ALÉRGICAS	( ) SIM ( ) NÃO	ANSIEDADE	( ) SIM ( ) NÃO
DOENÇAS CARDÍACAS	( ) SIM ( ) NÃO	INSÔNIA	( ) SIM ( ) NÃO
DOENÇAS DO ESTÔMAGO E DO INTESTINO	( ) SIM ( ) NÃO	TRISTEZA	( ) SIM ( ) NÃO
DOENÇAS HEPÁTICAS	( ) SIM ( ) NÃO	DEPRESSÃO	( ) SIM ( ) NÃO
DOENÇAS/ALTERAÇÕES HORMONAIAS	( ) SIM ( ) NÃO	AGRESSIVIDADE	( ) SIM ( ) NÃO
DOENÇAS DOS PULMÕES	( ) SIM ( ) NÃO	IRRITABILIDADE	( ) SIM ( ) NÃO
DOENÇAS DOS RINS	( ) SIM ( ) NÃO	SÍNDROME DO PÂNICO	( ) SIM ( ) NÃO
DOENÇAS VASCULARES (VARIZES, ETC.)	( ) SIM ( ) NÃO	TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR	( ) SIM ( ) NÃO
		OUTRO: _____	

NEGO QUALQUER DOENÇA OU DEFICIÊNCIA ( )SIM ( )NÃO

#### 6. HISTÓRICO PREGRESSO DE TRATAMENTO REALIZADO:

Já fez, ou está fazendo tratamento com:

CLINICO	( ) SIM ( ) NÃO	Iniciou em: _____
PSQUIATRA	( ) SIM ( ) NÃO	Iniciou em: _____

ORTOPEDISTA ( ) SIM ( ) NÃO Iniciou em: \_\_\_\_\_

REUMATOLOGISTA ( ) SIM ( ) NÃO Iniciou em: \_\_\_\_\_

ENDOCRINOLOGISTA ( ) SIM ( ) NÃO Iniciou em: \_\_\_\_\_

GINECOLOGISTA ( ) SIM ( ) NÃO Iniciou em: \_\_\_\_\_

PSICOTERAPIA ( ) SIM ( ) NÃO Iniciou em: \_\_\_\_\_

PILATES ( ) SIM ( ) NÃO Iniciou em: \_\_\_\_\_

HIDROGINASTICA ( ) SIM ( ) NÃO Iniciou em: \_\_\_\_\_

OUTRO: \_\_\_\_\_ Iniciou em: \_\_\_\_\_

TRATAMENTO ATUALMENTE EM CURSO: \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS EM USO

\_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Data do preenchimento:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Assinatura do candidato:**

**PREENCHIDO NO ATO DO EXAME ADMISSONAL PELO MÉDICO DA GPSS/SUBSAUDE**

**7. DADOS ANTOPOMETRICOS**

ALTURA: \_\_\_\_\_ cm PESO: \_\_\_\_\_ Kg PA: \_\_\_\_\_ mmHg PULSO: \_\_\_\_\_ bpm

**8. EXAMES COMPLEMENTARES:**

EXAMES	DATA	NORMAL	ALTERADA
HEMOGRAMA	____/____/____	( )	( )
GLICEMIA	____/____/____	( )	( )
TGO	____/____/____	( )	( )
TGP	____/____/____	( )	( )
GAMA GT	____/____/____	( )	( )
URÉIA	____/____/____	( )	( )
CREATININA	____/____/____	( )	( )
LIPIDOGRAMA	____/____/____	( )	( )
EAS	____/____/____	( )	( )
EPF	____/____/____	( )	( )
SOROLOGIA PARA SÍFILIS	____/____/____	( )	( )
SOROLOGIA PARA CHAGAS	____/____/____	( )	( )
HBs Ag	____/____/____	( )	( )
ANTI HBs	____/____/____	( )	( )
SOROLOGIA HEPATITE C	____/____/____	( )	( )
ECG	____/____/____	( )	( )
EEG	____/____/____	( )	( )
AUDIOMETRIA	____/____/____	( )	( )
LARINGOSCOPIA	____/____/____	( )	( )
ATESTADO DE SAÚDE Clin/MTab	____/____/____	( )	( )
LAUDO CARDIOLÓGICO	____/____/____	( )	( )
LAUDO OTORRINOLARINGOLOGICO	____/____/____	( )	( )
LAUDO ORTOPÉDICO	____/____/____	( )	( )
LAUDO OFTALMOLÓGICO	____/____/____	( )	( )
LAUDO PSIQUIÁTRICO	____/____/____	( )	( )
OUTRO:	____/____/____	( )	( )
TIPO SANGUINEO	____/____/____	( ) A ( ) B ( ) AB ( ) O	
		( ) POSITIVO ( ) NEGATIVO	

9. HDA

## **10. EXAMES FISICOS**

EXAMES	NORMAL	ALTERADO
DEAMBULAÇÃO	( )	( )
CORADO	( )	( )
HIDRATADO	( )	( )
ANICTÉRICO	( )	( )
ACIANÓTICO	( )	( )
PELE E ANEXOS	( )	( )
TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	( )	( )
EDEMAS	( )	( )
TROFISMO MUSCULAR	( )	( )
APARELHO CARDÍACO	( )	( )
APARELHO CIRCULATÓRIO	( )	( )
APARELHO GASTROINTESTINAL	( )	( )
APARELHO OSTEOMUSCULAR	( )	( )
APARELHO ENDÓCRINO	( )	( )
APARELHO URINÁRIO	( )	( )
APARELHO NERVOSO	( )	( )
ÓRGÃOS DOS SENTIDOS	( )	( )
MENTAL	( )	( )
CICATRIZES CIRÚRGICAS	( )	( )
OUTROS	( )	( )

**11. HIPÓTESE DIAGNOSTICA**

---

---

---

**12. CONDUTA**

- LIBERADO
- ORIENTAÇÃO
- ENCAMINHADO AO ESPECIALISTA
- SOLIC. PARECER ESPECIALIZADO
- SOLIC. PARECER COMPLEMENTAR

**13. CONCLUSÃO OCUPACIONAL:**

- APTO
- INAPTO
- PENDENTE

---

---

---

---

Assinatura



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
SECRETARIA DE ESTADO DE ECONOMIA DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTAO ADMINISTRATIVA  
SUBSECRETARIA DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO  
COORDENAÇÃO DE SEGURANÇA E PROMOÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR NO TRABALHO  
GERENCIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR

**COMUNICADO DO RESULTADO DO EXAME ADMISSIONAL****via do candidato**

NOME: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

DODF Nº: \_\_\_\_\_ DATA DO DODF: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CARGO EFETIVO/ATIVIDADE: \_\_\_\_\_

ÓRGÃO/SECRETARIA: \_\_\_\_\_

CONCLUSÃO OCUPACIONAL: ( ) APTO ( ) INAPTO ( ) PENDENTE

OBS: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Candidato

Assinatura do Médico

X



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
SECRETARIA DE ESTADO DE ECONOMIA DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTAO ADMINISTRATIVA  
SUBSECRETARIA DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO  
COORDENAÇÃO DE SEGURANÇA E PROMOÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR NO TRABALHO  
GERENCIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR

**COMUNICADO DO RESULTADO DO EXAME ADMISSIONAL****via para prontuário**

NOME: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

DODF Nº: \_\_\_\_\_ DATA DO DODF: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CARGO EFETIVO/ATIVIDADE: \_\_\_\_\_

ÓRGÃO/SECRETARIA: \_\_\_\_\_

CONCLUSÃO OCUPACIONAL: ( ) APTO ( ) INAPTO ( ) PENDENTE

OBS: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Candidato

Assinatura do Médico