



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:
() FISICA () 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: _____
POSSUI VÍNCULO ATUAL COM O GDF () SIM () NÃO Qual: _____
JÁ POSSUIU VÍNCULO DE TRABALHO FORA DO GDF () SIM () NÃO Qual: _____
POSSUI 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/TRIGLICERIDEOS	()	()	()	()	()	()	()
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/TRIGLICERIDEOS	() 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 HORMONAIS	() 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 ADMISSIONAL PELO MÉDICO DA GPSS/SUBSAUDE

7. DADOS ANTROPOMETRICOS

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 CIRCULATORIO	()	()
APARELHO GASTROINTESTINAL	()	()
APARELHO OSTEOMUSCULAR	()	()
APARELHO ENDÓCRINO	()	()
APARELHO URINÁRIO	()	()
APARELHO NERVOZO	()	()
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 GESTÃO 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 ADMISSSIONAL

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

✂



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 SEGURANÇA E PROMOÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR NO TRABALHO
GERENCIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR

COMUNICADO DO RESULTADO DO EXAME ADMISSSIONAL

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