



**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**  
**GERÊNCIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR**

**FICHA INDIVIDUAL CLÍNICO-OCUPACIONAL**

**EXAME ADMISSIONAL**

**1. IDENTIFICAÇÃO PESSOAL**

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

SEXO:  MASCULINO  FEMININO

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

ESTADO CIVIL:  SOLTEIRO  CASADO  UNIÃO ESTÁVEL  OUTROS

IDADE: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

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

e-mail: \_\_\_\_\_

**2. NOMEAÇÃO DO DIÁRIO OFICIAL**

DODF Nº: \_\_\_\_\_

DATA DO DODF: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

ÓRGÃO/SECRETARIA: \_\_\_\_\_

- SERVIDOR EFETIVO
- EMPREGADO PÚBLICO - CLT
- SERVIDOR COMISSIONADO DE LIVRE EXONERAÇÃO
- CONTRATO TEMPORÁRIO

### 3. HISTÓRICO OCUPACIONAL PROGRESSO/HÁBITOS

JÁ POSSUIU VÍNCULO COM O GDF NO PASSADO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Qual: _____
POSSUI VÍNCULO ATUAL COM O GDF	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Qual: _____
JÁ POSSUIU VÍNCULO DE TRABALHO FORA DO GDF	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Qual: _____
POSSUI VÍNCULO DE TRABALHO ATUAL FORA DO GDF	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Qual: _____
JÁ SOFREU ACIDENTE DE TRABALHO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Qual: _____
ADQUIRIU ALGUMA DOENÇA DO TRABALHO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Qual: _____
TEM ALGUMA RESTRIÇÃO DE ATIVIDADE LABORAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Qual: _____
JÁ FOI SUBMETIDO À READAPTAÇÃO FUNCIONAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quando: ____/____/____
É PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PCD/PNE)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Qual: _____
JÁ SOFREU ALGUM ACIDENTE	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Qual: _____
JÁ NECESSITOU DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quando: ____/____/____
JÁ FOI SUBMETIDO A CIRURGIA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Qual: _____
TEM ALGUM HOBBY (PASSATEMPO/LAZER)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	_____
ATIVIDADE FÍSICA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> 1 A 2 X SEMANA <input type="checkbox"/> 3 OU MAIS VEZES
ETILISMO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> 1 A 2 X SEMANA <input type="checkbox"/> 3 OU MAIS VEZES
TABAGISMO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> 1 ATÉ 10 cig/dia <input type="checkbox"/> MAIS DE 10 cig/dia
É DOADOR DE SANGUE	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
POSSUI PLANO DE SAÚDE:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
VACINAÇÃO ATUALIZADA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	

### 4. HISTÓRIA FAMILIAR

#### HISTÓRICO DE DOENÇA EM FAMILIARES:

PARENTESCO:	PAI	MÃE	TIO(A) paterno	TIO(A) materno	AVÔ(Ó) paterno	AVÔ(Ó) materno	IRMÃO(A)
HIPERTENSÃO ARTERIAL	<input type="checkbox"/>						
DIABETES	<input type="checkbox"/>						
COLESTEROL/TRIGLICERÍDEOS	<input type="checkbox"/>						
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	<input type="checkbox"/>						
DOENÇA DO CORAÇÃO	<input type="checkbox"/>						
BRONQUITE/ASMA	<input type="checkbox"/>						
CÂNCER	<input type="checkbox"/>						
TRANSTORNOS MENTAIS	<input type="checkbox"/>						
OUTRAS DOENÇAS:	<input type="checkbox"/>						
Quais/ Quem?: _____							

## 5. HISTÓRICO PESSOAL DE DOENÇAS: SOFRE(U) DE:

HIPERTENSÃO ARTERIAL (PRESSÃO ALTA)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
DIABETES	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
ALTERAÇÃO DE COLESTEROL/TRIGLICERÍDEOS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
DOENÇAS/DORES DA COLUNA VERTEBRAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
DOENÇAS ALÉRGICAS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
DOENÇAS CARDÍACAS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
DOENÇAS DO ESTÔMAGO E DO INTESTINO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
DOENÇAS HEPÁTICAS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
DOENÇAS/ALTERAÇÕES HORMONAIS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
DOENÇAS DOS PULMÕES	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
DOENÇAS DOS RINS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
DOENÇAS VASCULARES (VARIZES, ETC.)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
DISTÚRBIOS DA AUDIÇÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
DISTÚRBIOS DA VISÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
CÂNCER/NEOPLASIA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
TRANSTORNOS MENTAIS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
(ansiedade, insônia, tristeza, depressão, agressividade, irritabilidade, síndrome do pânico, transtorno afetivo bipolar)			
OUTRA DOENÇA/TRANSTORNO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Qual: _____
NEGO QUALQUER DOENÇA OU DEFICIÊNCIA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	

## 6. HISTÓRICO PREGRESSO DE TRATAMENTOS REALIZADOS:

Já fez, ou está fazendo tratamento com:

Clínico:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quando/desde quando? ____/____/____
Psiquiatra:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quando/desde quando? ____/____/____
Ortopedista:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quando/desde quando? ____/____/____
Reumatologista:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quando/desde quando? ____/____/____
Endocrinologista:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quando/desde quando? ____/____/____
Ginecologista:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quando/desde quando? ____/____/____
Outro: _____	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Quando/desde quando? ____/____/____
Psicoterapia:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Frequência: _____ x por semana
Fisioterapia:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Frequência: _____ x por semana
Pilates:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Frequência: _____ x por semana
Hidroginástica:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Frequência: _____ x por semana

TRATAMENTO ATUALMENTE EM CURSO:

Medicamentos em uso:

_____	Desde:	____/____/____

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

Assinatura do candidato: \_\_\_\_\_

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

**7. DADOS ANTROPOMÉTRICOS:**

ALTURA: \_\_\_\_\_ cm                      PESO: \_\_\_\_\_ Kg                      IMC: \_\_\_\_\_ Kg/ 2  
 PA: \_\_\_\_\_ mmHg                      PULSO: \_\_\_\_\_ bpm                      TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C

**8. EXAMES COMPLEMENTARES:**

DATA:

NORMAL

ALTERADO

<input type="checkbox"/>	HEMOGRAMA	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	GLICEMIA	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	TGO	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	TGP	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	GAMA GT	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	URÉIA	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	CREATININA	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	LIPIDOGRAMA	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	EAS	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	EPF	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	PSA	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	SANGUE OCULTO	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	SOROLOGIA PARA SÍFILIS	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	SOROLOGIA PARA CHAGAS	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	SOROLOGIA HEPATITE B	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	SOROLOGIA HEPATITE C	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ECG	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	EEG	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	AUDIOMETRIA	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	LARINGOSCOPIA	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ATESTADO DE SAÚDE Clin/MTab	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	LAUDO CARDIOLÓGICO	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	LAUDO OTORRINOLARINGOLOGICO	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	LAUDO ORTOPÉDICO	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	LAUDO OFTALMOLÓGICO	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	LAUDO PSIQUIÁTRICO	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	OUTRO: _____	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	OUTRO: _____	____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	TIPO SANGUINEO	____/____/____	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> AB
			<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> O
			<input type="checkbox"/> POSIT	<input type="checkbox"/> NEGAT



**12. CONDUTA:**

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

**13. CONCLUSÃO OCUPACIONAL:**

- APTO
- INAPTO
- PENDENTE

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

**MÉDICO EXAMINADOR:**

**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**  
**GERÊNCIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR**

Nome do candidato:		Nomeação DODF n°: Data do DODF:
RG:	CPF:	
Cargo/Atividade:		
Órgão/Secretaria:		
( ) Servidor efetivo		

**Conclusão:**

( ) Apto ( ) Inapto ( ) Pendente	Observações:
--	--------------

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

Assinatura e carimbo médico: \_\_\_\_\_

<p>Fundamentação Legal:</p> <p>§ 2º do Art. 18 da LEI COMPLEMENTAR Nº 840, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011 - A aptidão física e mental é verificada em inspeção <b>médica oficial</b>.</p> <p>§ 2º Art. 3º do DECRETO Nº 34.023, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2012 - Os exames serão entregues por ocasião do exame médico admissional na Medicina do Trabalho, da Subsaúde/SEPLAG, que emitirá conclusão de aptidão ou inaptidão para o cargo. (Parágrafo alterado pelo Decreto 37610 de 06/09/2016)</p> <p>§ 3º Art. 3º do DECRETO Nº 34.023, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2012. - Da decisão médica que concluir pela inaptidão temporária ou definitiva para o exercício do cargo, caberá recurso à junta médica, com efeito suspensivo.</p>
<p>A motivação e detalhamento da conclusão pericial estão disponíveis ao candidato, bastando requerê-los por escrito junto à Diretoria de Logística e Administração, DILOG/SUBSAÚDE.</p>