



PREFEITURA MUNICIPAL DE DUAS BARRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

EXAME MÉDICO PRÉ - ADMISSÃO

NOME:

MARCIA CRISTINA DA SILVA DINIZ TEIXEIRA

FUNÇÃO:

PROFESSORA DE EDUCAÇÃO INFANTIL

SEXO:

FEMININO

DATA DE NASCIMENTO:

NATURALIDADE:

ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO

RUA JOSÉ RIBEIRO SERAFIM

BAIRRO:

FAZENDA DO CAMPO

CIDADE:

DUAS BARRAS

ESTADO:

RJ

CEP:

28650-000

TELEFONE:

(22) 99105-8383

ANTECEDENTES FAMILIAR - AVÓS, PAIS, IRMÃOS, TIOS, PRIMOS - (MARQUE COM 'X' SE FOR POSITIVO)

<input type="checkbox"/>	ASMA	<input checked="" type="checkbox"/>	CANCER	<input type="checkbox"/>	DIABETE	<input type="checkbox"/>	HANSENIASE / LEPROSA	<input type="checkbox"/>	TUBERCULOSE
<input type="checkbox"/>	ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/>	DOENÇAS DO CORAÇÃO	<input type="checkbox"/>	DOENÇA MENTAL	<input type="checkbox"/>	PRESSÃO ALTA	<input type="checkbox"/>	VARIZES

ANTECEDENTES PESSOAIS - (MARQUE COM 'X' SE FOR POSITIVO)

<input type="checkbox"/>	CAXUMBA	<input type="checkbox"/>	BRONQUITE	<input type="checkbox"/>	USA DROGAS	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS RENAIIS / CÓLICA DE RINS
<input checked="" type="checkbox"/>	RUBÉOLA / SARAMPO	<input type="checkbox"/>	RINITE / SINUSITE	<input type="checkbox"/>	HEMORRÓIDAS	<input type="checkbox"/>	DOENÇAS NERVOSAS
<input checked="" type="checkbox"/>	VARICELA / CATAPORA	<input type="checkbox"/>	DOENÇAS RESPIRATÓRIAS (ASMA)	<input type="checkbox"/>	HÉRNIA ABDOMINAL	<input type="checkbox"/>	ENXAQUECA / DOR DE CABEÇA
<input type="checkbox"/>	ALERGIAS	<input type="checkbox"/>	DOENÇAS VENÉREAS / SEXUAIS	<input type="checkbox"/>	DOENÇAS DO CORAÇÃO	<input type="checkbox"/>	EPILEPSIA / DESMAIOS / ATAQUE
<input type="checkbox"/>	DEPRESSÃO	<input type="checkbox"/>	HEPATITE	<input type="checkbox"/>	PRESSÃO ALTA	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE COLUNA / HÉRNIA DE DISCO
<input type="checkbox"/>	TEM PROBLEMAS DE OUVIDO / AUDIÇÃO	<input type="checkbox"/>	GASTRITE / ÚLCERA DO ESTÔMAGO	<input type="checkbox"/>	VARIZES	<input type="checkbox"/>	TENDINITES
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	DIABETES	<input type="checkbox"/>	LER / DORT

RESPONDA SIM OU NÃO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

	SIM	NÃO	
1. VOCÊ TEM ALGUMA DOENÇA ANTIGA OU ATUAL?		N	QUAL?
2. VOCÊ USA ALGUM MEDICAMENTO?		N	QUAL? (NOME DA MEDICAÇÃO, FISIOTERAPIA OU OUTROS)
3. SOFREU ALGUMA FRATURA OU PROBLEMAS EM OSSOS OU ARTICULAÇÕES?		N	QUAL TIPO?
4. SOFREU ALGUMA CIRURGIA?	S		QUANDO? há 2 anos QUAL TIPO? cesárea
5. TEM DOR NA COLUNA?		N	HÁ QUANTO TEMPO?
6. TEM DOR EM ALGUMA ARTICULAÇÃO? (OMBRO, COTOVELO, PUNHO, MÃOS, QUADRIL, JOELHOS, TORNOZELOS, PÉS)		N	ONDE? HÁ QUANTO TEMPO?
7. VACINADO CONTRA TÉTANO?	S		ÚLTIMA DOSE EM: há 2 anos
8. VACINADO CONTRA HEPATITE?	S		ÚLTIMA DOSE EM: há 2 anos
9. TEM PROBLEMAS DE VISÃO (NOS OLHOS)?		N	
10. JÁ USOU OU USA DROGAS?		N	QUANTOS POR DIA? HÁ QUANTO TEMPO?
11. FAZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA?		N	QUANTAS VEZES POR SEMANA: HÁ QUANTO TEMPO?
12. FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSQUIATRA?		N	QUAL?
13. TEM FILHOS?	S		Nº DE FILHOS: 2

SAÚDE DA MULHER - (SÓ PARA AS CANDIDATAS)

Nº DE GESTAÇÕES	Nº DE ABORTOS:	Nº DE PARTOS NORMAIS:	Nº DE CESÁRIAS:
2	-	-	2
DATA DA ÚLTIMA MESTRUACÃO	DATA "ÚLTIMA VISITA GINECOLÓGICA:	INÍCIO DA MENOPAUSA:	QUAL MÉTODO ANTICONCEPCIONAL UTILIZADO?
02/10/2015	JULHO/2015	-	DIU

ANTECEDENTES PROFISSIONAIS - (EMPREGOS ANTERIORES - ÚLTIMOS 2 ANOS)

NOME DA EMPRESA	PERÍODO	FUNÇÕES
PM NOVA FRIBURGO / BOM JARDIM	6 anos (NF)	PROFESSORA
SOFREU ACIDENTE NO TRABALHO, QUAL TIPO?		AGENTE AGRESSIVO NA EMPRESA ONDE VOCÊ TRABALHAVA - BARULHO, POEIRAS, PRODUTOS QUÍMICOS (TINTAS, ETC.)
NÃO		-
NOME DA EMPRESA	PERÍODO	FUNÇÕES
PREFEITURA MUNICIPAL (BJ)	4 anos (BJ)	PROFESSORA
SOFREU ACIDENTE NO TRABALHO, QUAL TIPO?		AGENTE AGRESSIVO NA EMPRESA ONDE VOCÊ TRABALHAVA - BARULHO, POEIRAS, PRODUTOS QUÍMICOS (TINTAS, ETC.)
NÃO		-

RECEBE BENEFÍCIO DE ORGÃO PREVIDENCIÁRIO?

(APOSENTADORIA, PENSÃO, AUXÍLIO DOENÇA OU ACIDENTADO?)
QUAL? NÃO

DADOS ANTROPOMÉTRICOS:

IDADE:

35

PESO

60K

ALTURA

1.72

BIOTIPO

EXAME FÍSICO

PELES E MUCOSAS

FC:

FR:

PA:

TEMPERATURA

CABEÇA

PESCOÇO

TIREÓIDE

GANGLIOS

PULMÕES

CORAÇÃO

ABDOMEM

SISTEMA URINÁRIO

GIORDANO

COLUNA

LASEGUE

M. M. S. S.:

M. M. I. L.:

SISTEMA NERVOSO

TREMORES

ROMBERG

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS

- Sangue: H.C., placo, Uric, Creatinina, lipídeos totais
Completo, T4 livre, TSH urinário

- RX Tórax, ECG, USG abdome total, USG furologia urinária

HIPÓTESES DIAGNOSTICADAS:

PARECER FINAL

PARA CUMPRIMENTO DA N. R. 7 - PORTARIA 3214 / 78. AO EXAME CLINICO O FUNCIONÁRIO ENCONTRA-SE

APTO

INAPTO

PARA DESEMPENHAR A FUNÇÃO DE:

PROFESSORA

ESTE EXAME MÉDICO PREVÊ A APTIDÃO DO CANDIDATO PARA A FUNÇÃO PROPOSTA POR:

180 DIAS

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL COM. C.R.M.:

Dr. Dimas José V. S. Abreu
Médico
CRM-RJ 52.47705/1

RECEBI CÓPIA:

ASSINATURA DO CANDIDATO:

Jarcia Cristina da S. D. de Oliveira