

## FICHA CLÍNICA OCUPACIONAL

<b>Empresa</b>
Nome:
Endereço completo:

<b>Identificação do trabalhador</b>	
Nome:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data de Nascimento: / /	Idade: anos
Renda individual (SM): ( ) 1 até 3 ( ) 3 a 5 ( ) 5 a 10 ( ) >10	Escolaridade: ( ) analfabeto ( ) Fund. Inc. ( ) Fund. Comp. ( ) Méd. Inc. ( ) Méd. Comp. ( ) Sup. Inc. ( ) Sup. Comp.
Estado Civil: ( ) solteiro(a) ( ) casado(a) ( ) viúvo(a) ( ) divorciado(a) ( ) União estável ( ) outro	
Endereço completo:	
Telefone:	Portador de deficiência habilitado/PDH <input type="checkbox"/> Beneficiário Reabilitado/BR <input type="checkbox"/> Não Aplicável <input type="checkbox"/>
Naturalidade:	UF:
RG:	CPF:
Data de admissão: / /	

<b>Informações sobre o atendimento atual</b>	
Data: / /	Tipo de atendimento: ( ) PCMSO ( ) PPRA/PCMSO integrados ( ) PCMAT/PCMSO integrados ( ) atendimento avulso
Tipo de exame: ( ) Admissional ( ) Periódico ( ) Mudança de função ( ) Retorno ao trabalho ( ) Demissional ( ) Especial	

### ANAMNESE OCUPACIONAL

História Ocupacional Progressa					
Empresa	Setor	Cargo e Função	Período	Riscos Ocupacionais	EPI /EPC
					<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Especificar: _____
					<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Especificar: _____
					<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Especificar: _____
Observações:					

História Ocupacional Atual	
Setor:	Cargo: Função:
Tempo na Função: anos meses	Mudou de Função desde o último exame? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Regime de Trabalho: <input type="checkbox"/> Turno <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Noturno <input type="checkbox"/> Variável	
Descrição das atividades desenvolvidas:	
O que faz?	