



**Ministério Público da União**  
**Laudo/Atestado de Aptidão Físico-Mental**

**Dados Pessoais**

Nome:

Data de Nascimento:

RG:

CPF:

Sexo:

Idade:

Peso:

Altura:

Circ. Abdominal:

Medidas por:

P. Arterial:            x            mm Hg

Medicamentos de uso contínuo:  
(A.C. Oral):

**Revisão de Hábitos**

Tabagismo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Cigarros/dia	Há quantos anos?
------------	------------------------------	------------------------------	--------------	------------------

Etilismo?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Doses/semana	Há quantos anos?
-----------	------------------------------	------------------------------	--------------	------------------

Exercício físico?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular
-------------------	------------------------------	------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

**História Patológica Familiar (parentes até 1º grau)**

☐ Câncer: \_\_\_\_\_  
☐ Hipertensão Arterial: \_\_\_\_\_  
☐ Doenças neurológicas, Metais ou Psiquiátricas: \_\_\_\_\_  
☐ Diabete: \_\_\_\_\_  
☐ Outras doenças recorrentes na família: \_\_\_\_\_

**História Patológica Progressa**

☐ cirurgias:  
(especificar motivos e época)

Agravos / Tratamentos:

Cardiovascular ▪ HAS ▪ Trombose ou embolia ▪ AVE/AVC ▪ Isquemias/IAM/Anginas	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim	Quando?	Cite
--	--	--	---------	------

Endocrinológico ▪ Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim	Quando?	Cite
--	--	--	---------	------

Gastroenterológico/Proctológico ▪ Sangramentos	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim	Quando?	Cite
Imunológico ▪ Alergias (medicamento, respiratória, alimento, contato):	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim	Quando?	Cite
Nefrológico/Urológico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quando?	Cite
Ginecológico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quando?	Cite
Neurológico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quando?	Cite
Oncológico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quando?	Cite
Ortopédico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quando?	Cite
Otorrinolaringológico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quando?	Cite
Pneumológico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quando?	Cite
Psicológico/Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quando?	Cite
Reumatológico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quando?	Cite
Outros: (Hepatite ...)	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quando?	Cite
<b>Queixas Atuais e/ou Recorrentes</b>				
Cabeça	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim – Cite:		
Olhos	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim – Cite:		
Ouvidos	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim – Cite:		
Nariz/Laringe	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim – Cite:		
Pescoço	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim – Cite:		
Tórax	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim – Cite:		
Abdome	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim – Cite:		
Função Intestinal/digestão	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim – Cite:		
Membros	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim – Cite:		
Ap. Reprodutivo	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim – Cite:		
Ap. Urinário	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim – Cite:		
Alterações do Humor	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim – Cite:		
Alterações do Sono	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim – Cite:		
Outras	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim – Cite:		
<b>Exame Físico (dados positivos)</b>				
Pele e fâneros	<input type="checkbox"/> não examinado	<input type="checkbox"/> sem alterações significativas	<input type="checkbox"/> alterações:	
Gânglios	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sem alterações	<input type="checkbox"/> alterações:	

	examinado	significativas	
Orelhas/Nariz/ Boca/ Orofaringe	<input type="checkbox"/> não examinado	<input type="checkbox"/> sem alterações significativas	<input type="checkbox"/> alterações:
Pescoço	<input type="checkbox"/> não examinado	<input type="checkbox"/> sem alterações significativas	<input type="checkbox"/> alterações:
Sist. Respiratório	<input type="checkbox"/> não examinado	<input type="checkbox"/> sem alterações significativas	<input type="checkbox"/> alterações:
S. Cardiovascular	<input type="checkbox"/> não examinado	<input type="checkbox"/> sem alterações significativas	<input type="checkbox"/> alterações:
Abdome	<input type="checkbox"/> não examinado	<input type="checkbox"/> sem alterações significativas	<input type="checkbox"/> alterações:
Sist. Locomotor	<input type="checkbox"/> não examinado	<input type="checkbox"/> sem alterações significativas	<input type="checkbox"/> alterações:
Sist. Nervoso	<input type="checkbox"/> não examinado	<input type="checkbox"/> sem alterações significativas	<input type="checkbox"/> alterações:
Ap. Genitourinário	<input type="checkbox"/> não examinado	<input type="checkbox"/> sem alterações significativas	<input type="checkbox"/> alterações:
Outras Alterações Encontradas			
<b>Conclusão</b>			
<input type="checkbox"/> <b>APTO.</b> Não apresenta qualquer agravo à saúde física ou mental.			
<input type="checkbox"/> <b>INAPTO TEMPORÁRIO.</b> Deve ser submetido à nova avaliação médica no prazo de ____ dias quando a incapacidade deverá cessar.			
<input type="checkbox"/> <b>INAPTO.</b> O(s) agravo(s) identificado(s) causa(m) incapacidade para o desempenho das atividades decorrentes das atribuições do cargo.			
<b>Todos os campos abaixo deverão estar preenchidos</b>			
Nome completo do Médico:			
Número do CRM e UF:		Especialidade inscrita no CRM:	
Contato telefônico: (    )			
Nome da Instituição:		<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada	
Endereço da Instituição:			
Local e data:			
		_____ Carimbo e Assinatura do Médico	



**Homologação por Médico do MPU ou de Órgão Público**  
***(somente para uso interno)***

☐ **HOMOLOGO**

☐ **NÃO HOMOLOGO**

**Obs: Não é necessária a homologação do Atestado assinado por médico de órgão público.**

**Data/CRM**

**Carimbo e assinatura do Médico**