



# INQUÉRITO PRELIMINAR DO COLABORADOR(A)

Empresa:		<input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Prestação	
Nome:			
Data de nascimento ____ / ____ / ____	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil:	Telefone: ( )
Cargo/funções:			
CPF:	RG:		

Admissional       Periódico       Demissional       Retorno ao Trabalho       Mudança de Função

Queixas Gerais	Sim	Não	História Familiar	Sim	Não
Você se alimenta mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma, Bronquite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem dificuldade em sentir o gosto dos alimentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem insônia ou dorme mal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Câncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem dificuldade para ver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem dificuldade para ver cores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faz uso de óculos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doenças do Coração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem dificuldade para ouvir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pressão Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transpira muito (suor)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcoolismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma água em excesso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doenças Mentais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É agitado, ansioso, nervoso ou depressivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obs.:		
Tem rouquidão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Hábitos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Tem febre frequente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem dor no peito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faz uso de tóxicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cansa fácil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bebe? (bebida alcoólica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem falta de ar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obs.:		
Tosse frequentemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>História Pessoal</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Já escarrou com sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doenças da infância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofre do estômago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doenças venéreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem má digestão?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma, Bronquite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem dificuldade para engolir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem náuseas ou vômitos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Já foi operado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Já vomitou sangue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Do que foi operado?		
Tem intestino preso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamento Psiquiátrico / Neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costuma ter diarreia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem sangue, catarro ou vermes nas fezes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doença de Chagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofre de hemorroida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem hérnia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pedra nos Rins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem ardência, urina presa, sangue na urina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastrites, úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem manchas ou feridas na pele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pressão alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem varizes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem inchaço nas pernas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obs.:		
Tem dificuldade para andar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Prevenção</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Tem dor nas juntas, reumatismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vacina Anti-Tetânica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem dor na coluna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vacina Anti-Rubéola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tremores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prev. Câncer Ginecológico / Próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tonturas, desmaios, convulsões?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vacina contra COVID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obs.:			<b>Somente para Mulheres</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>História Ocupacional (trabalhos anteriores)</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	Menstruação irregular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofreu acidente do Trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cólica menstrual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com afastamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tem filhos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teve doença do trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quantos filhos?		
Qual doença?			Teve abortos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Já se expôs ao ruído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caroço nas mamas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Já se expôs à poeira?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teve doença genital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expôs-se a substâncias químicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toma anticoncepcional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usava EPI? (Protetores)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Data última menstruação: ____ / ____ / ____		
Qual a função no último emprego?			Declaro que os quesitos aqui respondidos foram de minha espontânea vontade, responsabilizando-me pela sua veracidade.		
Quanto tempo?			<b>Assinatura do declarante.</b>		
Outras funções que já executo?					
Quanto tempo?					
Obs.:					
			Cidade: _____	Data: ____ / ____ / ____	