Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado do Piauí

PORTARIA 2.788 de 22 de novembro de 2013

ANEXO III

Atestado de Aptidão Físico-Mental

1. Dados Pessoais

Nome:			
Data de Nascimento: / /		RG:	CPF:
Sexo:	Idade:	Peso:	Altura:
Circ. Abdominal:		Medidas por:	
P. Arterial: mm Hg			
Medicamentos de uso contínuo: (A.C. Oral):			

2. Revisão de Hábitos

Tabagismo?	[ ] Não [ ] Sim	Cigarros/dia	Há quantos anos?
Etilismo?	[ ] Não [ ] Sim	Doses/semana	Há quantos anos?
Exercício físico?	[ ] Não [ ] Sim	[ ] Regular	[ ] Irregular

3. História Patológica Familiar (parentes até 1º grau)

[ ] Câncer: _____

[ ] Hipertensão Arterial: _____

[ ] Doenças neurológicas, Mentais ou Psiquiátricas: _____

[ ] Diabete: _____

[ ] Outras doenças recorrentes na família:

4. História Patológica Pregressa

[ ] Cirurgias (especificar motivos e época):			
Agravos / Tratamentos:			
Cardiovascular HAS Trombose ou embolia AVE/AVC Isquemias/IAM/Anginas	[ ] Não [ ] Sim [ ] Não [ ] Sim [ ] Não [ ] Sim [ ] Não [ ] Sim [ ] Não [ ] Sim	Quando?	Cite
Endocrinológico Diabetes Mellitus	[ ] Não [ ] Sim [ ] Não [ ] Sim	Quando?	Cite
Gastroenterológico/Proctológico Sangramentos	[ ] Não [ ] Sim [ ] Não [ ] Sim	Quando?	Cite
Infeccioso	[ ] Não [ ] Sim	Quando?	Cite

Imunológico Alergias (medicamento, respiratória, alimento, contato)	[ ] Não [ ] Sim [ ] Não [ ] Sim	Quando?	Cite
Nefrológico/Urológico	[ ] Não [ ] Sim	Quando?	Cite
Ginecológico	[ ] Não [ ] Sim	Quando?	Cite
Neurológico	[ ] Não [ ] Sim	Quando?	Cite
Oncológico	[ ] Não [ ] Sim	Quando?	Cite
Ortopédico	[ ] Não [ ] Sim	Quando?	Cite
Otorrinolaringológico	[ ] Não [ ] Sim	Quando?	Cite
Pneumológico	[ ] Não [ ] Sim	Quando?	Cite
Psicológico/Psiquiátrico	[ ] Não [ ] Sim	Quando?	Cite
Reumatológico	[ ] Não [ ] Sim	Quando?	Cite
Outros	[ ] Não [ ] Sim	Quando?	Cite

5. Queixas Atuais e/ou Recorrentes

Cabeça	[ ] Não Examinado	[ ] Sem Alterações Significativas	[ ] Alterações
Olhos	[ ] Não Examinado	[ ] Sem Alterações Significativas	[ ] Alterações
Ouvidos	[ ] Não Examinado	[ ] Sem Alterações Significativas	[ ] Alterações
Nariz/Laringe	[ ] Não Examinado	[ ] Sem Alterações Significativas	[ ] Alterações
Pescoço	[ ] Não Examinado	[ ] Sem Alterações Significativas	[ ] Alterações
Tórax	[ ] Não Examinado	[ ] Sem Alterações Significativas	[ ] Alterações
Abdome	[ ] Não Examinado	[ ] Sem Alterações Significativas	[ ] Alterações
Função Intestinal/digestão	[ ] Não Examinado	[ ] Sem Alterações Significativas	[ ] Alterações
Membros	[ ] Não Examinado	[ ] Sem Alterações Significativas	[ ] Alterações
Ap. Reprodutivo	[ ] Não Examinado	[ ] Sem Alterações Significativas	[ ] Alterações
Ap. Urinário	[ ] Não Examinado	[ ] Sem Alterações Significativas	[ ] Alterações
Alterações do Sono	[ ] Não Examinado	[ ] Sem Alterações Significativas	[ ] Alterações
Outras	[ ] Não Examinado	[ ] Sem Alterações Significativas	[ ] Alterações
Outras Alterações Encontradas			

6. Conclusão

[ ] **APTO**. Não apresenta qualquer agravo à saúde física ou mental
[ ] **INAPTO TEMPORÁRIO**. Deve ser submetido à nova avaliação médica no prazo de ____ dias quando a incapacidade deverá cessar.
[ ] **INAPTO**. O(s) agravo(s) identificado(s) causa(m) incapacidade para o desempenho das atividades decorrentes das atribuições do cargo.

7. Homologação da Inspeção Médica **(todos os campos abaixo deverão estar preenchidos)**

Nome completo do Médico:	
Número CRM / UF: /	Especialidade inscrita no CRM:
Contato telefônico: ( )	
Nome da Instituição Pública:	
Endereço da Instituição Pública:	
Local e data: ____/____/____	_____ Carimbo e Assinatura do Médico