



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, Mentais ou Psiquiátricas: _____
 Diabetes: _____
 Outras doenças recorrentes na família:

História Patológica Progressa

- cirurgias:
(especificar motivos e época)

Agravos / Tratamentos:

Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quando?	Cite
• HAS	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim		
• Trombose ou embolia	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim		
• AVE/AVC	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim		
• Isquemias/IAM/Anginas	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim		
Endocrinológico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quando?	Cite
• Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim		
Gastroenterológico/Proctológico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quando?	Cite
• Sangramentos	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim		
Imunológico	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Quando?	Cite
• Alergias (medicamento, respiratória, alimento, contato):	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim		

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

Queixas Atuais e/ou Recorrentes

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:

Exame Físico (dados positivos)

Pele e fâneros	<input type="checkbox"/> não examinado	<input type="checkbox"/> sem alterações significativas	<input type="checkbox"/> alterações:
Gânglios	<input type="checkbox"/> não examinado	<input type="checkbox"/> sem alterações significativas	<input type="checkbox"/> alterações:
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			

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.

Todos os campos abaixo deverão estar preenchidos

Nome completo do Médico:

Número do CRM e UF: -

Especialidade inscrita no CRM:

Contato telefônico: ()

Nome da Instituição:

Pública 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