

FORMULÁRIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS PARA INSPEÇÃO DE SAÚDE PARA QUEM EXERCE ATIVIDADE DE CONTROLE DE TRAFEGO AÉREO E OPERAÇÃO DE ESTACÃO AERONÁUTICA

Preenchimento obrigatório em todas as inspeções de saúde de acordo com a OACI.

Local do Exame: _____ Data: ___/___/___ Motivo da Inspeção:

() Militar () Civil Posto/ Graduação/ Categoria:

Nome: _____

RG: _____ Órgão Emissor: _____ Data de Nascimento: ___/___/___
 Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ Sexo: ()M ()F Estado Civil: _____
 CPF: _____ N° da Licença: _____ ()ATCO ()OEA
 Empregador: _____ Existe exame anterior? ()sim ()não
 Local de Trabalho _____

Existe exposição a riscos à Saúde no ambiente de trabalho comprovado por Laudo Técnico Pericial?
 () Sim () Não

I - Antecedentes Médicos e familiar:

1. Há alguma ocorrência familiar de:

- a. Diabetes ()sim ()Não
 b. Distúrbio mental ()sim ()Não
 c. Problema Cardiovascular ()Sim () Não
 d. Câncer ()sim () Não

2. Considera-se em bom estado de saúde física e mental no momento

() Sim () Não e Por que? Relatar no item III

3. Já esteve hospitalizado nos últimos dois anos

() sim () Não Motivo: _____

4. Já se envolveu em acidente aeronáutico?

() Sim () Não Quando? _____

5. Já se envolveu em incidente aeronáutico grave?

() sim () Não Quando? _____

6. Já sofreu algum tipo de acidente considerado grave?

() sim () Não Quando? _____

7. Já teve alguma proposta de seguro de saúde recusada por alguma seguradora?

() sim () Não Por que? _____

8. Já experimentou ou experimenta, eventualmente, algumas das seguintes ocorrências?

- a. Dor de cabeça forte () Sim () Não
 b. Dor de cabeça Freqüente () Sim () Não
 c. Perda dos sentidos () Sim () Não
 d. Transtornos nervosos de quaisquer tipos () Sim () Não
 e. Perda de Memória () Sim () Não
 f. Epilepsia () Sim () Não

9. Consumo de bebidas alcoólicas: () Sim () Não

() Excessivo () Socialmente () Frequentemente () Ocasionalmente

10. Intensão de suicídio? () Sim () Não

11. Consumo de drogas psicoativa () Sim () Não Qual? _____

12. Já sofreu algum tipo de cirurgia? () Sim () Não Qual? _____

13. Utiliza lentes corretoras? () Sim () Não

 Rubrica

Continuação do Anexo L – folha 2/3

14. Já teve tonteira que tenha requerido uso de medicamento? ()Sim ()Não
15. Pressão Baixa? ()Sim ()Não
16. Pressão Alta? ()Sim ()Não
17. Transtorno Cardíaco? ()Sim ()Não
18. Asma? ()Sim ()Não
19. Calculo renal ()Sim ()Não
20. Sangue na Urina ()Sim ()Não
21. Açúcar na urina ()Sim ()Não
22. Albumina na urina ()Sim ()Não
23. Interrompe o sono para urinar ()Sim ()Não
24. Problemas Gastrointestinais ()Sim ()Não
25. Problemas Alérgicos ()Sim ()Não
26. Já Esteve afastado da rede por problemas médicos?
()Sim ()Não Qual? _____

Somente para o sexo feminino:

27. Gravidez : atual ()Sim ()Não anterior ()Sim ()Não
28. Afecções Ginecológicas ()Sim ()Não Qual _____

II - Dados Pessoais:

Descreva sucintamente a sua escala de serviço no espaço abaixo:

Exerce outra atividade funcional além de ATCO/OEA na empresa? ()Sim ()Não
Qual? _____

Exerce outra atividade profissional fora da sua empresa? ()Sim ()Não
Qual? _____

Atualmente está matriculada em algum estabelecimento de ensino? ()Sim ()Não
Qual? _____ Carga Horária: _____

Nas três últimas férias ocupou seu tempo com outra atividade profissional? ()Sim ()Não
Qual? _____ Como ocupa seu tempo Livre? _____

Faz alguma atividade física regularmente? ()Sim ()Não
Qual? _____

Normalmente dorme quantas horas diárias? _____

Rubrica

Continuação do anexo L – folha 3/3

Sente-se profissionalmente realizado? () Sim () Não Por que?

Pretende aposentar-se na função exercida atualmente? () Sim () Não

Faz uso de Cigarros () Sim () Não Quantos ao dia? _____

Faz uso de café diariamente? () Sim () Não Quantas xícaras ao dia? _____

Faz uso, no momento, de algum tipo de medicamento? () Sim () Não
Qual? _____

Costuma fazer uso de automedicação? () Sim () Não Qual? _____

III - Informações complementares:

IV - Descreva sucintamente seu estado de saúde atual:

Declaro serem verdadeiras as informações por mim prestadas neste documento e as respostas fornecidas aos peritos durante a inspeção de Saúde.
Estou ciente das sanções penais e administrativas decorrentes de falsas declarações.

Local _____

Data _____

Assinatura _____