

**FORMULÁRIO DE ANTECEDENTES MÉDICOS PARA INSPEÇÃO DE SAÚDE PARA QUEM EXERCE ATIVIDADE DE CONTROLE DE TRAFEGO AÉREO E OPERAÇÃO DE ESTAÇÃO 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

c. Problema Cardiovascular ( )Sim ( ) Não

b. Distúrbio mental ( )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

d. Transtornos nervosos de quaisquer tipos ( ) Sim ( ) Não

b. Dor de cabeça Freqüente ( ) Sim ( ) Não

e. Perda de Memória ( ) Sim ( ) Não

c. Perda dos sentidos ( ) 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 \_\_\_\_\_