



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO DA XX REGIÃO

Exame Periódico de Saúde 2024

Nome: _____ Idade: _____ (anos)
Matrícula: _____ Gênero: 1. ☐ Masculino 2. ☐ Feminino
3. ☐ Outro (especifique) _____ 4. ☐ Prefiro não dizer
Cargo: _____ Lotação: _____
Tempo de Trabalho (no MPT): _____ Tempo de Trabalho no atual setor: _____
PCD (Pessoa com deficiência): 1. ☐ Não 2. ☐ Sim

PARTE I: CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO(A) MEMBRO(A)/SERVIDOR(A)

Condições Atuais de Trabalho

1. ☐ Em teletrabalho integral 2. ☐ Em trabalho presencial integral
3. ☐ Em teletrabalho/Presencial
Qual frequência de teletrabalho semanal: ☐ 1 – 2 dias ☐ 3 – 4 dias

No seu ambiente de trabalho, você percebe fatores ocupacionais que levam a desconforto ou alteram seu processo de trabalho? 1. ☐ Não 2. ☐ Sim

Se sim, quais fatores a seguir:

☐ Ambiente fechado	☐ Relacionamento com a chefia
☐ Calor	☐ Ritmo acelerado
☐ Frio	☐ Ruído
☐ Iluminação	☐ Sobrecarga de trabalho
☐ Mobiliário não ergonômico	☐ Trabalho de campo/aberto/ambiente externo
☐ Mobilidade	
☐ Relacionamento com colegas	
☐ Outros: _____	

Você considera que alguns desses fatores assinalados acima causam um sofrimento relacionado ao trabalho?

1. ☐ Não 2. ☐ Sim, especificar: _____

Em algum momento, na sua atividade de trabalho, você teve exposição avaliada, ou se sentiu exposto a alguns dos agentes abaixo:

1. ☐ Sim
☐ Agentes biológicos (vírus, fungos e bactérias)
☐ Agentes químicos (substâncias químicas em geral)
☐ Materiais perfurocortantes (com exposição a material biológico – sangue, fluidos orgânicos potencialmente infectantes)
☐ Radiação ionizante – especificar a fonte _____
2. ☐ Nunca tive exposição aos fatores acima

Já sofreu algum acidente em serviço? 1. ☐ Não 2. ☐ Sim

Definição de Acidente de trabalho (segundo o SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação): *Todo caso de acidente de trabalho por causas não naturais compreendidas por acidentes e violências (Capítulo XX da CID-10 V01 a Y98), que ocorrem no ambiente de trabalho ou durante o exercício do trabalho quando o trabalhador estiver realizando atividades relacionadas à sua função, ou a serviço do empregador ou representando os interesses do mesmo (Típico) ou no percurso entre a residência e o trabalho (Trajeto) que provoca lesão corporal ou perturbação funcional, podendo causar a perda ou redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho e morte.*

Já apresentou alguma doença relacionada ao trabalho (com nexo estabelecido)? 1. ☐ Não 2. ☐ Sim

Em caso positivo, a doença foi diagnosticada por médico(a)?

1. ☐ Não 2. ☐ Sim. Especifique o diagnóstico _____



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO DA XX REGIÃO

Saúde Mental

Questionário SRQ-20: Responda às seguintes perguntas a respeito de sua saúde

1. Tem dores de cabeça frequentes?	☐ NÃO [0]	☐ SIM [1]
2. Tem falta de apetite?	☐ NÃO [0]	☐ SIM [1]
3. Dorme mal?	☐ NÃO [0]	☐ SIM [1]
4. Assusta-se com facilidade?	☐ NÃO [0]	☐ SIM [1]
5. Tem tremores de mão?	☐ NÃO [0]	☐ SIM [1]
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	☐ NÃO [0]	☐ SIM [1]
7. Tem má digestão?	☐ NÃO [0]	☐ SIM [1]
8. Tem dificuldade para pensar com clareza?	☐ NÃO [0]	☐ SIM [1]
9. Tem se sentido triste ultimamente?	☐ NÃO [0]	☐ SIM [1]
10. Tem chorado mais do que de costume?	☐ NÃO [0]	☐ SIM [1]
11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	☐ NÃO [0]	☐ SIM [1]
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	☐ NÃO [0]	☐ SIM [1]
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	☐ NÃO [0]	☐ SIM [1]
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	☐ NÃO [0]	☐ SIM [1]
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	☐ NÃO [0]	☐ SIM [1]
16. Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	☐ NÃO [0]	☐ SIM [1]
17. Tem tido ideias de acabar com a vida?	☐ NÃO [0]	☐ SIM [1]
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	☐ NÃO [0]	☐ SIM [1]
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	☐ NÃO [0]	☐ SIM [1]
20. Cansa-se com facilidade?	☐ NÃO [0]	☐ SIM [1]

Soma do Questionário: ____ / 20

SRQ-20 com número de questões positivas (≥ 7 pontos): 1. ☐ Não 2. ☐ Sim

Hábitos Alimentares

- | | |
|---|---|
| 1 - Possui alguma intolerância alimentar? | 1. ☐ Não 2. ☐ Sim |
| 2 - Consome 5 ou mais porções de hortaliças ou frutas por 5 ou mais dias da semana? | 1. ☐ Não 2. ☐ Sim |
| 3 - Consome feijão 5 ou mais dias por semana? | 1. ☐ Não 2. ☐ Sim |
| 4 - Consumiu 5 ou mais grupos de <u>alimentos não ou minimamente processados</u> ¹ ontem? | 1. ☐ Não 2. ☐ Sim |
| 5 - Consumiu 5 ou mais grupos de <u>alimentos ultraprocessados</u> ² ontem? | 1. ☐ Não 2. ☐ Sim |
| 6 - Consome refrigerante/refresco/suco artificial em 5 ou mais dias da semana? | 1. ☐ Não 2. ☐ Sim |
| 7 - Consome peixe pelo menos 1 vez na semana? | 1. ☐ Não 2. ☐ Sim |
| 8 - Somando a comida preparada e os alimentos industrializados, considera seu consumo de sal excessivo? | 1. ☐ Não 2. ☐ Sim |

A recomendação do consumo diário de sódio é de 2g, o que equivale a 5g de sal de cozinha (uma colher de chá) (OMS).

A recomendação para o consumo de frutas e hortaliças é de cinco porções diárias, conforme VIGITEL 2021.

Exemplo: um suco natural de fruta, uma porção de hortaliças cruas, uma porção de legumes cozidos e uma fruta de sobremesa no almoço somam quatro porções. Uma fruta no jantar completa a recomendação diária.

(1) Exemplos de Grupos de alimentos não ou minimamente processados protetores para doenças crônicas: alface, couve, brócolis, agrião ou espinafre; abóbora, cenoura, batata-doce ou quiabo; mamão, manga, melão amarelo ou pequi; tomate, pepino, abobrinha, berinjela, chuchu ou beterraba; laranja, banana, maçã ou abacaxi; feijão, ervilha, lentilhas ou grão-de-bico; amendoim, castanha-de-caju ou castanha-do-Pará.

(2) Exemplos de Grupos de alimentos ultraprocessados: refrigerante; suco de fruta em caixa ou lata; refresco em pó; bebida achocolatada; iogurte com sabor; salgadinho de pacote (ou chips) ou biscoito/bolacha salgado; biscoito/bolacha doce, biscoito recheado ou bolinho de pacote; chocolate, sorvete ou sobremesa industrializada; salsicha, linguiça, mortadela ou presunto; pão de forma, de cachorro-quente ou de hambúrguer; maionese, ketchup ou mostarda; margarina; macarrão instantâneo, lasanha ou outro prato pronto comprado congelado.

(VIGITEL 2021)



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO DA **XX** REGIÃO

Atividade Física (no tempo livre e/ou no deslocamento)

1. ☐ Pelo menos ou mais de 150 minutos/semana de atividade moderada OU pelo menos ou mais de 75 minutos de atividade vigorosa/semana

2. ☐ Menos de 150 minutos/semana de atividade moderada OU menos de 75 minutos/semana de atividade vigorosa

3. ☐ Sedentário

Exercício físico é uma atividade planejada, estruturada e repetitiva com objetivo de aumentar ou manter a saúde/aptidão física.

Moderada intensidade: caminhada, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo, voleibol, futevôlei e dança;

Vigorosa intensidade: corrida, ginástica aeróbica, futebol/futsal, basquetebol e tênis.

(VIGITEL 2021)

Saúde Bucal

Última avaliação odontológica há mais de 1 ano?

1. ☐ Não

2. ☐ Sim

Autoavaliação da Saúde

Em uma pontuação de 1 a 5, como considera a sua saúde em geral?

1. ☐ Muito Ruim 2. ☐ Ruim 3. ☐ Regular 4. ☐ Boa 5. ☐ Muito boa

ASSINATURA DO(A) MEMBRO(A) / SERVIDOR(A)

Data ____/____/____.



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO DA XX REGIÃO

PARTE II: CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO(A) MÉDICO(A)

Antecedentes Patológicos (diagnóstico confirmado e tratamento)

			Tratamento atual
Hipertensão arterial sistêmica	1. ☐ Não	2. ☐ Sim	
<i>Diabetes mellitus</i>	1. ☐ Não	2. ☐ Sim	
Dislipidemia	1. ☐ Não	2. ☐ Sim	
Depressão	1. ☐ Não	2. ☐ Sim	
Transtorno de ansiedade	1. ☐ Não	2. ☐ Sim	
Transtorno da coluna vertebral ou adjacências	1. ☐ Não	2. ☐ Sim	
Câncer	1. ☐ Não	2. ☐ Sim	
Outras doenças e tratamentos:	1. ☐ Não	2. ☐ Sim	

História de Etilismo

Questionário AUDIT-C

Com que frequência ingere bebidas alcoólicas?

[0] Nunca [1] 1 x/mês ou menos [2] 2 a 4 x/mês [3] 2 a 4 x/semana [4] 4 ou mais x/semana

Nas ocasiões em que bebe, quantas doses costuma tipicamente beber?

[0] 1 ou 2 [1] 3 ou 4 [2] 5 ou 6 [3] 7, 8 ou 9 [4] 10 ou mais

Com que frequência toma 6 ou mais doses em um mesmo dia?

[0] Nunca [1] Menos de 1x/mês [2] Mensalmente [3] Semanalmente [4] Todos ou quase todos os dias

*Soma dos pontos _____

Para homens, a pontuação de 4 ou mais é considerada de risco para abuso e/ou dependência de álcool.
Para mulheres, a pontuação de 3 ou mais é considerada de risco para abuso e/ou dependência de álcool.

Para homens: pontuação de 4 ou mais: 1. ☐ Não 2. ☐ Sim

Para mulheres: pontuação de 3 ou mais: 1. ☐ Não 2. ☐ Sim

História de Tabagismo (fumo de cigarro, charuto, cachimbo, narguilé ou outros produtos derivados do tabaco)

1. ☐ Nunca fumou 2. ☐ Ex-tabagista 3. ☐ Tabagismo atual 4. ☐ Tabagista passivo (no domicílio e/ou no trabalho)

Vacinas

Dupla dT (Tétano e Difteria)

1. ☐ atualizada 2. ☐ desatualizada 3. ☐ não sabe

Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola)

1. ☐ atualizada 2. ☐ desatualizada 3. ☐ não sabe

Febre amarela

1. ☐ atualizada 2. ☐ desatualizada 3. ☐ não sabe

Hepatite B

1. ☐ atualizada 2. ☐ desatualizada 3. ☐ não sabe

Outras vacinas:

[☐] Influenza (em 2023)

[☐] Pneumococo (em 2023)

[☐] Herpes-Zoster

[☐] COVID-19 1. ☐ Pelo menos 4 doses 2. ☐ 3 doses 3. ☐ 2 doses 4. ☐ Apenas uma dose

História Familiar (considerar somente pais e irmãos/ãs)

Câncer 1. ☐ Não 2. ☐ Sim

Infarto/Angina 1. ☐ Não 2. ☐ Sim

Acidente Vascular Cerebral 1. ☐ Não 2. ☐ Sim

Diabetes mellitus 1. ☐ Não 2. ☐ Sim



MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO
PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO DA XX REGIÃO

Hipertensão arterial sistêmica 1. ☐ Não 2. ☐ Sim

Doença Psiquiátrica 1. ☐ Não 2. ☐ Sim

Outras: _____

Exame Físico

Pressão Arterial: ____ / ____ mmHg

1. ☐ < 120/80mmHg 2. ☐ ≥ 120/80 e < 140/90mmHg

3. ☐ ≥ 140/90mmHg

Peso: ____ kg Altura: ____ m

IMC: ____ Kg/m²

1. ☐ < 25Kg/m² 2. ☐ ≥ 30 a < 35Kg/m² 3. ☐ ≥ 40 Kg/m²

4. ☐ ≥ 25 a < 30Kg/m² 5. ☐ ≥ 35 a < 40Kg/m²

Cálculo do IMC: Peso em quilos dividido
pelo quadrado da altura em metros
(WHO,2000)

Circunferência abdominal (medir em todos(as) participantes): ____ cm

Exame Físico: 1. ☐ Normal 2. ☐ Alterado

Exames Complementares:

____/____/____	Mamografia	1. ☐ Normal	2. ☐ Alterada	3. ☐ Não se aplica
____/____/____	Sangue oculto em fezes	1. ☐ Negativo	2. ☐ Positivo	3. ☐ Não se aplica
____/____/____	Citologia oncológica colo útero	1. ☐ Normal	2. ☐ Alterada	3. ☐ Não se aplica
____/____/____	Hemograma	1. ☐ Normal	2. ☐ Alterado	
____/____/____	Glicemia de jejum	1. ☐ Normal	2. ☐ Alterada	
____/____/____	Lipidograma	1. ☐ Normal	2. ☐ Alterado	
____/____/____	PSA total	1. ☐ Menor que 4,0	2. ☐ Maior que 4,0	3. ☐ Não se aplica
____/____/____	Avaliação oftalmológica	1. ☐ Normal	2. ☐ Alterada	3. ☐ Não se aplica
____/____/____	Avaliação Cardiológica	1. ☐ Normal	2. ☐ Alterada	3. ☐ Não se aplica
____/____/____	Teste Ergométrico	1. ☐ Normal	2. ☐ Alterado	3. ☐ Não se aplica

Diagnóstico de Síndrome Metabólica: 1. ☐ Não 2. ☐ Sim

Conduta / Orientações

Conclusão

☐ Apto(a) ☐ Inapto(a) ☐ Inapto(a) temporariamente e reavaliação em ____/____/____.

Local _____ Data ____/____/____.

MÉDICO(A)