



**Ministério Público da União**  
**Ministério Público do Distrito Federal e Territórios**  
**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 Pgressa**

- ☐ cirurgias:  
(especificar motivos e época)

**Agravos / Tratamentos:**

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

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: (Hepatite ....)	[ ] Não	[ ] Sim	Quando?	Cite
Queixas Atuais e/ou Recorrentes				
Cabeça	[ ] Não	[ ]Sim – Cite:		
Olhos	[ ] Não	[ ]Sim – Cite:		
Ouvidos	[ ] Não	[ ]Sim – Cite:		
Nariz/Laringe	[ ] Não	[ ]Sim – Cite:		
Pescoço	[ ] Não	[ ]Sim – Cite:		
Tórax	[ ] Não	[ ]Sim – Cite:		
Abdome	[ ] Não	[ ]Sim – Cite:		
Função Intestinal/digestão	[ ] Não	[ ]Sim – Cite:		
Membros	[ ] Não	[ ]Sim – Cite:		
Ap. Reprodutivo	[ ] Não	[ ]Sim – Cite:		
Ap. Urinário	[ ] Não	[ ]Sim – Cite:		
Alterações do Humor	[ ] Não	[ ]Sim – Cite:		
Alterações do Sono	[ ] Não	[ ]Sim – Cite:		
Outras	[ ] Não	[ ]Sim – Cite		
Exame Físico (dados positivos)				
Pele e fâneros	[ ] não examinado	[ ] sem alterações significativas	[ ] alterações:	
Gânglios	[ ] não examinado	[ ] sem alterações significativas	[ ] alterações:	
Orelhas/Nariz/Boca/ Orofaringe	[ ] não examinado	[ ] sem alterações significativas	[ ] alterações:	
Pescoço	[ ] não examinado	[ ] sem alterações significativas	[ ] alterações:	
Sist. Respiratório	[ ] não examinado	[ ] sem alterações significativas	[ ] alterações:	
S. Cardiovascular	[ ] não examinado	[ ] sem alterações significativas	[ ] alterações:	
Abdome	[ ] não examinado	[ ] sem alterações significativas	[ ] alterações:	
Sist. Locomotor	[ ] não examinado	[ ] sem alterações significativas	[ ] alterações:	
Sist. Nervoso	[ ] não examinado	[ ] sem alterações significativas	[ ] alterações:	
Ap. Genitourinário	[ ] não examinado	[ ] sem alterações significativas	[ ] alterações:	
Outras Alterações Encontradas				
Conclusão				
[ ] <b>APTO.</b> Não apresenta qualquer agravo à saúde física ou mental.				
[ ] <b>INAPTO TEMPORÁRIO.</b> Deve ser submetido à nova avaliação médica no prazo de ____ dias quando a incapacidade deverá cessar.				
[ ] <b>INAPTO.</b> O(s) agravo(s) identificado(s) causa(m) incapacidade para o desempenho das atividades decorrentes das atribuições do cargo.				
Homologação por Médico do MPDFT				
[ ] <b>HOMOLOGO</b> [ ] <b>NÃO HOMOLOGO</b>		<div>Data/CRM</div> <div>Carimbo e assinatura do Médico</div>		