



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MATEUS DO MARANHÃO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

PÉRFIL EPIDEMIOLÓGICO DO SERVIDOR

**IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR**

Nome:		Matrícula:	
Data de Nascimento:	Idade:	CPF:	Sexo:
Endereço:		Bairro:	
Cidade:		UF:	Telefone:
Naturalidade:		UF:	Data de Admissão:
RG:	Órgão Expedidor:	Data de Expedição:	
Pai:		Mãe:	
<b>FUNÇÃO/DISCIPLINA:</b>			
<b>LOTAÇÃO:</b>			

**ETAPA DO ENSINO**

<input type="checkbox"/> Educação Infantil	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental - I	<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental - II	<input type="checkbox"/> Educação de Jovens e Adultos
--------------------------------------------	-------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

**É PORTADOR DE IMUNODEFICIÊNCIA E/OU DOENÇAS PREEEXISTENTES CRÔNICAS OU GRAVES?**

<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Câncer
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Bronquite Crônica, Enfisema Pulmonar.
<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Nefropatia
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Obesidade

**OBS: Necessário apresentar documentação (Laudo/Exames) para a Junta Médica Municipal**

**Você testou positivo para COVID – 19?**

<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<b>OBS: Caso afirmativo apresentar documentação (Laudo/Exames) para a Junta Médica Municipal</b>
------------------------------	------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

**Você encontra-se em quarentena e tratamento da COVID – 19?**

<input type="checkbox"/> SIM / Data do início:	<input type="checkbox"/> NÃO
------------------------------------------------	------------------------------

**Gestante?**

<input type="checkbox"/> SIM / Período:	<input type="checkbox"/> NÃO
-----------------------------------------	------------------------------

**Lactante?**

<input type="checkbox"/> SIM / Período/Tempo	<input type="checkbox"/> NÃO
----------------------------------------------	------------------------------

**Declaro que as informações acima são verdadeiras.**

São Mateus do Maranhão – MA,

\_\_\_\_\_  
Assinatura do servidor

**CAMPO RESERVADOR PARA PREENCHIMENTO PELA JUNTA MÉDICA MUNICIPAL**

**Situação do Servidor**

<input type="checkbox"/> APTO	<input type="checkbox"/> NÃO APTO	<input type="checkbox"/> APTO COM RESTRIÇÕES:
-------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------

São Mateus do Maranhão – MA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico Atendente