



PREFEITURA DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Roteiro de Anamnese Ocupacional e Clínica dos Trabalhadores do Controle de Zoonoses  
Monitoramento de Grupo de Risco

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador: \_\_\_\_\_

Rua/AV: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

## FICHA I

### ATENDIMENTO INICIAL

#### I - Identificação

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ R.F.: \_\_\_\_\_

R.G.: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M  F

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Cartão SUS: \_\_\_\_\_

#### II - Ocupação Atual

Cargo/Função: \_\_\_\_\_ Data de Início na PSMP: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Unidade de Trabalho: \_\_\_\_\_ SUVIS de Trabalho: \_\_\_\_\_

Posto de Trabalho: \_\_\_\_\_ Tempo de Função: \_\_\_\_\_ Carga Horária Semanal: \_\_\_\_\_

Categoria Funcional: Efetivo  Admitido  CLT  Readaptado: Não  Sim  Telefone: \_\_\_\_\_

Tem exposição a desinfestantes na PMSP? Não  Sim

Se tem/ teve contato, descreva a atividade e o tempo de exposição, por quantos anos: \_\_\_\_\_

##### Períodos anuais de contato:

quais as substâncias, em que meses (registrar aproximadamente quantas horas diárias ou horas semanais): \_\_\_\_\_

Toma banho, no trabalho, após atividade com praguicidas (desinfestantes): Não  Sim

Se não em que local se banha? \_\_\_\_\_

Quem lava e onde lava seu uniforme? \_\_\_\_\_

Onde guarda seu uniforme? \_\_\_\_\_

#### III - Atividades na PMSP

Descreva as Atividades: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_