

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Atividades/Postos de Trabalho no último mês:** \_\_\_\_\_

**Exposição à subst. químicas no último mês?** Não  Sim  **Registre os dados para cada substância**

**Substância 1:** \_\_\_\_\_

**Contato frequente: Horas diárias** \_\_\_\_\_ **Horas semanais:** \_\_\_\_\_

**Contato Eventual: Número de dias com contato:** \_\_\_\_\_ **Horas mensais:** \_\_\_\_\_

**Substância 2:** \_\_\_\_\_

**Contato frequente: Horas diárias** \_\_\_\_\_ **Horas semanais:** \_\_\_\_\_

**Contato Eventual: Número de dias com contato:** \_\_\_\_\_ **Horas mensais:** \_\_\_\_\_

**Outra Substância: (Registre os mesmos dados)**

**Outra Substância:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>IV - História Ocupacional</b>		<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Possui atualmente atividade externa onde tenha contato com produto químico?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quais as substâncias?			
Antes de trabalhar na Prefeitura teve contato com AGROTÓXICOS OU DESINFESTANTES?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se a resposta for sim, por quantos anos e com qual frequência?			
Quais as substâncias químicas?			
Contatos com substâncias no últimos mês?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quais substância?			