



Tribunal Regional do Trabalho
16ª Região | Maranhão
Setor de Saúde

TERMO DE AVALIAÇÃO DE SERVIDOR EM SERVIÇO EXTERNO
PROGRAMA DE SAÚDE DO HOMEM

Declaro que avaliei o paciente _____

no dia ____ / ____ / _____, e que o mesmo está em acompanhamento regular e adequado aos fatores de risco cardiovascular e de neoplasia de próstata aos quais está exposto (assinar as condições identificadas, se existirem):

- ☐ Hipertensão arterial
- ☐ Diabetes Mellitus
- ☐ Dislipidemia
- ☐ Obesidade
- ☐ Tabagismo
- ☐ Etilismo
- ☐ Sedentarismo
- ☐ Neoplasia de próstata
- ☐ Sem os fatores de risco descritos acima

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico assistente