

CERTIFICADO MÉDICO (*HEALTH CERTIFICATE*), DE ACORDO COM A  
CONVENÇÃO INTERNACIONAL SOBRE PADRÕES DE INSTRUÇÃO, CERTIFICAÇÃO E  
SERVIÇO DE QUARTO PARA MARÍTIMOS - STCW, PARA OS TRABALHADORES  
AQUAVIÁRIOS DO GRUPO MARÍTIMOS QUE OPERAM EMBARCAÇÕES CLASSIFICADAS  
PARA NAVEGAÇÃO EM MAR ABERTO E APOIO MARÍTIMO

**CERTIFICADO MÉDICO**  
*Health Certificate*

**(DE ACORDO COM A NR 30 – SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO AQUAVIÁRIO)**

**Nome/Name:** \_\_\_\_\_

**Data de Nascimento/Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**Sexo/Gender:** \_\_\_\_\_

**Nacionalidade/Nationality:** \_\_\_\_\_

**Matrícula/Identification:** \_\_\_\_\_

**CPF/CPF Id.** \_\_\_\_\_

**Cargo/Function:** \_\_\_\_\_

**Tipo de Exame/Type of Medical Exam:**

Admisional/*Admission*       Periódico/*Periodic*

Outro/*Other:* Trabalhador Marítimo de acordo com a NR 30 – quadros II e III

**Médico Coordenador/Medical Coordinator:**

**Riscos Ocupacionais da Atividade/Occupational Risks**

**Físicos/Physical**

Ausentes/*Absent*     Calor/*Heat*     Ruído/*Noise*

Frio/*Cold*     Vibração/*Vibration*

Outros/*Others:* \_\_\_\_\_

**Químicos/Chemical:**

Ausentes/*Absent*     Hidrocarbonetos/*Hydrocarbons*

Gases Tóxicos/*Toxic Gases*     Produtos Químicos/*Chemical Products*

Outros/*Others:* \_\_\_\_\_

**Biológicos/Biological:**

Ausentes/*Absent*     Agentes microbiológicos/*Microbiological pathogens*

Outros/*Others:* \_\_\_\_\_

**EXAMES COMPLEMENTARES/Additional Exams**

**Exame/Exam:**

**Data/Date:**

**Apto/Fit for duty**       **Inapto/Unfit for duty**

Fui informado do conteúdo do exame e do direito a recurso, caso não concorde com o mesmo.

*I hereby certify that I was informed about the content of this document; and that I have the right to ask for recourse (appeal) if I do not agree with it.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
Local e data/Place and Date,

\_\_\_\_\_  
Médico/Doctor

\_\_\_\_\_  
Tripulante/Crew member

Este Certificado de Saúde tem validade de um ano, menos apenas se claramente registrado. / *This Health Certificate is valid for one year, except IF clearly stated otherwise.*

De acordo com Reg 1/9 do STCW, MLC – 2006 /*In accordance with STCW Reg 1/9, MLC-2006*

**Informações Adicionais/Additional Information:**

<b>Pergunta/Question</b>	<b>Sim / Yes</b>	<b>Não / No</b>
A identificação foi verificada? <i>Was the identity verified?</i>		
A audição atende os requisitos mínimos para embarque? <i>Is hearing adequate for boarding?</i>		
A audição sem próteses é adequada? <i>Is unaided hearing adequate?</i>		
A visão de cores atende aos padrões? <i>Is colour vision adequate?</i>		
Data da última verificação de daltonismo (máximo: 6 anos) <i>Last colour vision evaluation (Max. 6 years)</i>		
Alguma limitação ou restrição médica? <i>Any medical limitation or restriction?</i>		
Se sim, qual? <i>If (Yes), specify:</i>		
O marítimo está livre de condições que possam torná-lo inapto? <i>Is the seafarer free of health conditions that could impair him?</i>		

**Altura / Height:** \_\_\_\_\_

**Cor dos olhos / Eye color:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
Local e data/Place and Date,

\_\_\_\_\_  
Médico/Doctor

\_\_\_\_\_  
Tripulante/Crew member