



1 DADOS DO(A) CANDIDATO(A)			
NOME		BM (SOMENTE SE TIVER)	
NOME SOCIAL (CONFORME DECRETO Nº 16.533/16)			
CARGO PRETENDIDO		LOTAÇÃO	HORÁRIO DE TRABALHO
DATA DE NASCIMENTO / /	GÊNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	RG	CPF
E-MAIL		TELEFONE CELULAR / RESIDENCIAL	
1.1 ORIENTAÇÕES INICIAIS			
<p>- AS INFORMAÇÕES DESTES QUESTIONÁRIOS DEVEM SER PREENCHIDAS PELO(A) PRÓPRIO(A) CANDIDATO(A) E NENHUM CAMPO DEVERÁ FICAR SEM PREENCHIMENTO.</p> <p>- SE TIVER QUALQUER DÚVIDA, PROCURE A EQUIPE DE APOIO E, CASO A DÚVIDA PERSISTA, ESCLAREÇA-A COM O(A) MÉDICO(A) QUE FARÁ O SEU EXAME.</p> <p>- TODAS AS INFORMAÇÕES AQUI CONTIDAS SERÃO TRATADAS COM O DEVIDO SIGILO, SENDO ESTE DOCUMENTO ARQUIVADO EM PRONTUÁRIO MÉDICO OCUPACIONAL.</p> <p>- O(A) CANDIDATO(A) / DECLARANTE DEVERÁ RUBRICAR TODAS AS FOLHAS E ASSINAR AO FINAL NO TERMO DE ENCERRAMENTO DESTA DECLARAÇÃO.</p>			
2 ANTECEDENTES CLÍNICOS OCUPACIONAIS			
2.1 - TEM OU JÁ TEVE ALGUMA DOENÇA?			
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM SE SIM, ESPECIFIQUE:			
2.2 - TEM OU JÁ TEVE ALGUMA ALTERAÇÃO / DIFICULDADE NA VISÃO?			
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM SE SIM, ESPECIFIQUE:			
2.3 - TEM OU JÁ TEVE ALGUMA ALTERAÇÃO / DIFICULDADE NA AUDIÇÃO?			
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM SE SIM, ESPECIFIQUE:			
2.4 - TEM OU JÁ TEVE ALGUMA ALTERAÇÃO / DIFICULDADE NA VOZ / FALA (ROUQUIDÃO, CANSAÇO VOCAL, GUAGUEIRA, TROCAS NA FALA)?			
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM SE SIM, ESPECIFIQUE:			
2.5 - TEM OU JÁ TEVE ALGUMA ALTERAÇÃO / DIFICULDADE PARA CAMINHAR?			
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM SE SIM, ESPECIFIQUE:			
2.6 - APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA?			
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM SE SIM, ESPECIFIQUE: <input type="checkbox"/> MENTAL / INTELLECTUAL <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> VISUAL			
2.7 - JÁ REALIZOU OU ESTÁ REALIZANDO ALGUM TRATAMENTO?			
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM SE SIM, ESPECIFIQUE: <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> PSICOTERÁPICO <input type="checkbox"/> FISIOTERÁPICO <input type="checkbox"/> FONOTERÁPICO			
<input type="checkbox"/> OUTRO: _____			
ESPECIFIQUE (QUANDO FOI, QUAL A CAUSA, POR QUANTO TEMPO, QUAL A RESPOSTA ALCANÇADA, SE RECEBEU ALTA OU SE ABANDONOU O TRATAMENTO):			
2.8 - JÁ USOU OU ESTÁ EM USO DE ALGUM MEDICAMENTO?			
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM			
SE SIM, ESPECIFIQUE (QUANDO USOU, POR QUANTO TEMPO, QUAL O MOTIVO, QUAIS AS DOSAGENS):			
2.9 - APRESENTA OU JÁ APRESENTOU ALGUM TIPO DE DOR TAIS COMO OS EXEMPLOS ABAIXO?			
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM SE SIM, ESPECIFIQUE:			
<input type="checkbox"/> EM REPOUSO <input type="checkbox"/> AO ESFORÇO / EXERCÍCIO <input type="checkbox"/> DOR DE CABEÇA <input type="checkbox"/> DOR NA COLUNA <input type="checkbox"/> DOR NAS COSTAS <input type="checkbox"/> DOR NO PEITO			
<input type="checkbox"/> DOR NAS PERNAS / JOELHOS / PÉS E / OU BRAÇOS, MÃOS <input type="checkbox"/> DOR NAS JUNTAS <input type="checkbox"/> OUTRAS: _____			
DATA	RUBRICA DO(A) CANDIDATO(A)		

2.10 – APRESENTA OU JÁ APRESENTOU ALGUM SINTOMA TAIS COMO OS EXEMPLOS ABAIXO?

NÃO

SIM

SE SIM, ESPECIFIQUE:

DORMÊNCIA

FORMIGAMENTO

TONTURA

MAL ESTAR

CANSAÇO

FALTA DE AR

INCHAÇO NAS PERNAS

DIFICULDADES PARA DORMIR

ESTRESSE

OUTRAS: _____

2.11 – APRESENTA OU JÁ APRESENTOU ALGUMA ALERGIA?

NÃO

SIM

SE SIM, ESPECIFIQUE:

MEDICAMENTOSA

RESPIRATÓRIA (ASMA, BRONQUITE, RINITE)

PELE

OUTRAS: _____

2.12 – JÁ ESTEVE AFASTADO(A) DO TRABALHO E / OU EM REPOUSO POR MAIS DE 7 DIAS?

NÃO

SIM

SE SIM, ESPECIFIQUE (QUANDO, POR QUANTO TEMPO, QUAL O MOTIVO):

2.13 – APRESENTA HISTÓRICO DE:

FRATURA

DESMAIO

CONVULSÃO

INTERNAÇÃO

CIRURGIA

OUTRAS: _____

NÃO APRESENTA HISTÓRICO DE NENHUM DOS ITENS ANTERIORES

ESPECIFIQUE (QUANDO, QUAL A RAZÃO, QUAL O TRATAMENTO REALIZADO):

CASO TENHA MARCADO MAIS DE UMA OPÇÃO, INFORMAR SE HOVE SEQUELAS E QUAIS:

2.14 – APRESENTA HISTÓRICO FAMILIAR DE:

HIPERTENSÃO ARTERIAL

DIABETES MELLITUS

ASMA

DOENÇA PSIQUIÁTRICA

CÂNCER

GLAUCOMA

ALCOOLISMO

CARDIOPATIA

OUTRAS: _____

NÃO APRESENTA HISTÓRICO DE NENHUM DOS ITENS ANTERIORES

2.15 – APRESENTA HISTÓRICO DE TABAGISMO?

NÃO

SIM

SE SIM, ESPECIFIQUE:

NO PASSADO

NÚMERO DE CIGARROS / DIA: _____

FUMOU DURANTE QUANTO TEMPO? _____

PAROU HÁ QUANTO TEMPO? _____

ATUALMENTE

NÚMERO DE CIGARROS / DIA: _____

FUMA HÁ QUANTO TEMPO? _____

2.16 – APRESENTA HISTÓRICO DE INGESTÃO DE BEBIDA ALCÓOLICA?

NÃO

SIM

SE SIM, ESPECIFIQUE:

NO PASSADO

QUANTIDADE INGERIDA / DIA: _____

BEBEU DURANTE QUANTO TEMPO? _____

PAROU HÁ QUANTO TEMPO? _____

ATUALMENTE

QUANTIDADE INGERIDA / DIA: _____

BEBE HÁ QUANTO TEMPO? _____

BEBE COM QUAL FREQUÊNCIA? _____

2.17 – APRESENTA HISTÓRICO DE USO DE DROGAS?

NÃO

SIM

SE SIM, ESPECIFIQUE QUAL(IS) E A FREQUÊNCIA: _____

2.18 – JÁ SOFREU ALGUM ACIDENTE DE QUALQUER NATUREZA?

NÃO

SIM

SE SIM, ESPECIFIQUE O TIPO, QUANDO OCORREU, PARTE(S) DO CORPO ATINGIDA(S), SE HOVE SEQUELA(S):

DATA

RUBRICA DO(A) CANDIDATO(A)

2.19 – COM QUAL IDADE COMEÇOU A TRABALHAR (TRABALHO FORMAL / INFORMAL)? _____

2.20 – QUAL(IS) FUNÇÃO(ÕES) EXERCEU E POR QUANTO TEMPO?

2.21 – QUAL FOI A ÚLTIMA ATIVIDADE LABORAL EXERCIDA E POR QUANTO TEMPO?

2.22 – TEM OU JÁ TEVE ALGUMA DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO?

NÃO SIM SE SIM, ESPECIFIQUE: _____

2.23 – JÁ SOFREU ALGUM ACIDENTE DE TRABALHO?

NÃO SIM SE SIM, ESPECIFIQUE QUANDO OCORREU, COMO OCORREU E SE FOI EMITIDA A CAT:

2.24 – JÁ FOI APOSENTADO(A) ALGUMA VEZ?

NÃO SIM SE SIM, ESPECIFIQUE QUANDO E POR QUAL MOTIVO:

2.25 – APRESENTA ALGUM TIPO DE MEDO OU FOBIA?

ALTURA LUGARES FECHADOS ESPAÇOS ABERTOS AGLOMERADOS DE PESSOAS

OUTRAS: _____

NÃO APRESENTA NENHUM DOS ITENS ANTERIORES

2.26 – EXERCE OU JÁ EXERCEU A FUNÇÃO À QUAL SE CANDIDATA?

NÃO SIM SE SIM, ESPECIFIQUE POR QUANTO TEMPO E ATÉ QUANDO: _____

2.27 – NO SEU ENTENDER, VOCÊ APRESENTA ALGUMA RESTRIÇÃO PARA O EXERCÍCIO DAS ATRIBUIÇÕES DO CARGO AO QUAL SE CANDIDATA?

NÃO SIM

2.28 – CONSIDERANDO AS RESPOSTAS ANTERIORES, JULGA-SE APTO(A) A EXERCER O CARGO?

NÃO SIM

2.29 – HÁ OUTRA INFORMAÇÃO SOBRE SUA SAÚDE ATUAL OU PASSADA QUE JULGUE IMPORTANTE MENCIONAR?

NÃO SIM SE SIM, ESPECIFIQUE: _____

3 TERMO DE ENCERRAMENTO

"CÓDIGO PENAL BRASILEIRO - ART. 299 – OMITIR, EM DOCUMENTO PÚBLICO OU PARTICULAR, DECLARAÇÃO QUE DELE DEVIA CONSTAR, OU NELE INSERIR OU FAZER INSERIR DECLARAÇÃO FALSA OU DIVERSA DA QUE DEVIA SER ESCRITA, COM O FIM DE PREJUDICAR DIREITO, CRIAR OBRIGAÇÃO OU ALTERAR A VERDADE SOBRE FATO JURIDICAMENTE RELEVANTE."

DECRETO MUNICIPAL Nº 16.907/18 § 1º – "O SERVIDOR QUE OMITIR, MENTIR OU NEGAR QUALQUER INFORMAÇÃO SOBRE SEU ESTADO DE SAÚDE, CAPAZ DE INTERFERIR NA CONCLUSÃO DO MÉDICO PERITO NO EXAME ADMISSIONAL, PODERÁ TER SEU LAUDO DE SAÚDE OCUPACIONAL ANULADO, COM A CONSEQUENTE APURAÇÃO DOS ATOS ADMINISTRATIVOS QUE LHE SUCEDEREM."

DECLARO QUE TODAS AS INFORMAÇÕES POR MIM PREENCHIDAS NESTA DECLARAÇÃO PARA EXAME MÉDICO ADMISSIONAL, SÃO VERDADEIRAS, CORRETAS E COMPLETAS.

DECLARO AINDA TER CONHECIMENTO DE QUE QUALQUER FATO OU OMISSÃO COMETIDA NO PREENCHIMENTO DAS RESPOSTAS AOS QUESITOS PODERÃO ME IMPUTAR SANÇÕES LEGAIS E / OU PENALIDADES JURÍDICAS, JÁ QUE FAZEM PARTE DO CONJUNTO DE ELEMENTOS QUE COMPÕEM A AVALIAÇÃO DE MEU ESTADO DE SAÚDE PARA EXAME MÉDICO ADMISSIONAL.

ENCERRA-SE O PREENCHIMENTO DESTA DECLARAÇÃO, IMPRESSA NO ANVERSO E VERSO DE 03 (TRÊS) FOLHAS, TODAS RUBRICADAS E ASSINADA ABAIXO.

DATA

ASSINATURA DO(A) CANDIDATO(A)