

CONFIDENCIAL

Prefeitura Municipal de Fortaleza - PMF

Secretaria de Segurança Cidadã - SESEC

Fundação Universidade Estadual do Ceará - FUNECE

Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão - SEPOG

Comissão Executiva do Vestibular - CEV/UECE

Concurso Público para Guarda Municipal, Agente de Defesa Civil e Agente de Segurança Institucional

(Editais SESEC/SEPOG Nº14/2013, de 19/09/2013, Nº 15/2013, de 24/09/2013 e Nº 22/2013, de 26/11/2013)

EXAME MÉDICO DA INSPEÇÃO DE SAÚDE

Data do Exame Médico: ____/____/____ Hora de apresentação: ____

Questionário Médico de Saúde

1. Identificação

Nome do Candidato			Telefone	
Endereço				
Cidade			Estado	
Sexo	RG	CPF	Pedido	Inscrição
() Masculino () Feminino				
Cargo de Opção do Candidato no Concurso				

Observações Periciais

2. Instruções Gerais

- 2.1 Esta "Declaração de Saúde" deverá ser preenchida pelo próprio candidato.
 - 2.2 O candidato deverá informar se é portador ou sofredor de doenças, ou lesões preexistentes, que são de seu conhecimento.
 - 2.3 No preenchimento deste Questionário se ficar qualquer dúvida procure esclarecer com a equipe de apoio no dia das conferências das requisições (exames, exames com laudo e somente laudo).
 - 2.4 Após a análise deste questionário, dos exames complementares e da avaliação clínica, o médico poderá solicitar ao candidato uma avaliação especializada e outros exames complementares, se for necessário para firmar o diagnóstico visando dirimir eventuais dúvidas.
 - 2.5 O candidato deverá assinar a última página e rubricar as demais.
- Importante:** O questionário deverá ser corretamente e completamente preenchido. A omissão ou ocultação de dados de conhecimento do candidato poderá ser caracterizada como fraude, com as consequências previstas em lei.

CONFIDENCIAL

3. Aspectos Gerais				SIM	NÃO	
3.1	Goza de boa saúde no momento Caso negativo especifique: _____ _____					
3.2	Está fazendo algum tratamento médico? Se afirmativo, qual patologia, qual tratamento? _____ _____					
3.3	É portador de alguma moléstia que obrigue a consultar médicos ou fazer exames periódicos? Em caso afirmativo, especifique: _____ _____					
3.4	Já trabalhou em lugares de muito pó, gases, tintas, produtos químicos, ruídos excessivos? Em caso afirmativo especifique: _____ _____					
3.5	Pratica esporte ou faz atividade física? Qual(ais): _____ _____					
3.6	3.6 É habitual doador de sangue?					
3.7	3.7 É Fumante? () Não () até 10 cigarros por dia () 11 - 15 cigarros por dia () mais de 15 cigarros por dia Há quanto tempo?					
3.8	3.8 Faz uso habitual de bebidas alcoólicas? Quantidade: _____			Há quanto tempo? _____		
3.9	Já esteve internado em algum hospital? Em caso afirmativo, indique o motivo: _____ _____					
3.10	Já foi operado? Em caso afirmativo, indique o motivo e data: _____ _____					
3.11	Tem alguma indicação atual para a cirurgia? Se sim, Qual? _____ _____					
3.12	Faz uso habitual de algum medicamento? Qual(ais): _____ _____					
3.13	Já foi submetido a tratamento para câncer ou está investigando esta possibilidade? Em caso afirmativo, cite a época: _____ _____					
3.14	Está Grávida? Em caso afirmativo, quantos meses ou semanas de gravidez: _____ _____					

CONFIDENCIAL

3. Aspectos Gerais		SIM	NÃO
3.15	Possui alguma doença crônica em membros de sua família (diabetes, pressão alta, doenças dos rins, epilepsia)? Em caso afirmativo, cite: _____ _____		
3.16	É portador de doença hereditária ou deformidade física? Em caso afirmativo, qual(ais): _____ _____		
3.17	Possui algum sinal ou sintoma (dor, febre, etc.) de origem ainda não identificada? Em caso afirmativo, especifique: _____ _____		
3.18	Já foi submetido a tratamento com fisioterapia, radioterapia, quimioterapia ou tratamentos em períodos prolongados? Em caso afirmativo, cite os motivos: _____ _____		

4. Aspectos Específicos		SIM	NÃO
4.1	Possui doença respiratória (falta de ar, asma, bronquite)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
4.2	Já tratou de angina ou enfarte do coração? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
4.3	Fez exames especializados por suspeita de problema cardíaco (teste ergométrico, cateterismo, etc)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
4.4	Possui pressão alta (hipertensão arterial)?		
4.5	Possui doenças de pele ou alérgicas ? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
4.6	Faz tratamento referente à(s) doença(s) do subitem 4.5? Há quanto tempo? _____ Qual tratamento? _____ _____		
4.7	Possui alguma deficiência dos ossos, membros ou coluna (pernas, braços, problemas de circulação, varizes, dor na cabeça, hérnia de disco)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
4.8	Possui alguma doença do aparelho digestivo (úlcera, cirrose, hepatite (icterícia), problema de vesícula biliar, algum tumor, hemorroidas, gastrite, refluxo gastroesofágico, hérnia hiatal)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		

CONFIDENCIAL

4. Aspectos Específicos		SIM	NÃO
4.9	Faz tratamento referente à(s) doença(s) do subitem 4.8? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
4.10	Possui alguma doença do aparelho genital ou urinário (tumores, cólicas renais, pedras nos rins, mau funcionamento dos rins ou da próstata, corrimento, doenças nas mamas ou caroço)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
4.11	Possui alguma doença do sistema nervoso ou muscular (ataques, convulsões, desmaios, tumores, isquemia, AVC ou derrame)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
4.12	Possui alguma doença crônica antiga (diabete, paralisia, doença renal crônica)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
4.13	Faz tratamento referente à(s) doença(s) do subitem 4.12? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
4.14	Possui alguma doença infectocontagiosa (AIDS - inclusive portador de HIV, hepatite (icterícia), malária, tuberculose, doenças venéreas)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
4.15	Faz tratamento referente à(s) doença(s) do subitem 4.14? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
4.16	Já teve Acidente de Trabalho? Quando e qual motivo? _____ _____		
4.17	Já teve Auxílio-doença junto ao INSS? Quando e qual motivo? _____ _____		
4.18	Já teve Doença ocupacional ou de trabalho? Se afirmativo, especifique: _____ _____ Há quanto tempo? _____		
4.19	Tem realizado exames preventivos periódicos? Citar, se é para alguma doença específica: _____ _____		
4.20	Já fez ou está em tratamento psiquiátrico? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
4.21	Já esteve internado por problemas psiquiátricos, alcoolismo ou drogas? Se afirmativo, especifique: _____ _____		

CONFIDENCIAL

4. Aspectos Específicos		SIM	NÃO
4.22	Possui alguma doença ou sintoma otorrinolaringológico (perda de audição, labirintite, sinusite, laringite, rinite)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
4.23	Com relação à Voz: Apresenta rouquidão, cansaço ao falar, pigarro? Se afirmativo, com que frequência? _____ _____ Especifique: _____ _____ Há quanto tempo? _____		
4.24	Já fez cirurgia nas cordas vocais? Se afirmativo, especifique: _____ _____ Há quanto tempo? _____		
4.25	Já fez tratamento para voz (fonoterapia)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
4.26	Possui alguma doença ou sintoma oftalmológico (dificuldade visual, glaucoma, catarata, miopia, etc)? Se afirmativo, especifique: _____ _____		
4.27	Já realizou tratamento (laser ou outros) ou cirurgia oftalmológica? Se afirmativo, especifique: _____ _____		

5. Observação

Caso você tenha alguma informação para acrescentar, que não tenha sido perguntada neste questionário de saúde, favor registrar neste espaço.

Declaro para todos os fins, a veracidade das informações prestadas neste questionário médico de saúde e autorizo que sejam utilizadas pela equipe médica responsável pelo Exame Médico da Inspeção de Saúde do Concurso Público para Guarda Municipal, Agente de Defesa Civil e Agente de Segurança Institucional da Prefeitura Municipal de Fortaleza, regulamentado pelos Editais SESEC/SEPOG Nº 14/2013, de 19/09/2013, Nº 15/2013, de 24/09/2013 e Nº 22/2013, de 26/11/2013, e **estou ciente** de que a prestação de informações falsas implicará responsabilidade, na forma da lei, e nulidade deste questionário.

_____, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do candidato e declarante