

EXAME DE INVESTIDURA – DECLARAÇÃO DE SAÚDE

1. IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO:

NOME:

CPF: . . - DATA DE NASCIMENTO: / / IDADE: anos

GÊNERO: () MASCULINO () FEMININO

CARGO PARA QUAL SE CANDIDATOU:

CAMPUS DE LOTAÇÃO:

2. HISTÓRICO DE SAÚDE:

| PERGUNTAS | NÃO | SIM | ESPECIFIQUE |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Fez ou faz uso regularmente de algum medicamento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Possui alergia a algum medicamento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Possui alguma doença alérgica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Possui alguma doença de pele? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Possui doença respiratória (falta de ar aos esforços, asma ou bronquite)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Sente tonturas e/ou sensação de desmaio com frequência? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Apresenta doença / dor na coluna vertebral? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Apresenta Hipertensão Arterial? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Possui deficiência auditiva? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Possui distúrbios da Visão (dificuldade visual, glaucoma, catarata, miopia, etc)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Possui qualquer outra deficiência física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Apresenta diabetes / alteração metabólica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Possui alguma doença do aparelho digestivo (ex: úlcera, cirrose, hepatite (icterícia), problema de vesícula biliar, hemorróidas, gastrite, refluxo gastroesofágico, hérnia hiatal)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Possui alguma doença aparelho genital ou urinário (cólicas renais, pedra nos rins, mau funcionamento dos rins ou próstata, corrimento, doenças nas mamas ou caroço)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Apresenta doença reumática? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Apresenta alteração hormonal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Apresenta cefaléia constante / enxaqueca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Sofre ou sofreu de alguma doença cardíaca e/ou circulatória? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Sofre ou sofreu de alguma doença oncológica (câncer) e/ou de tumor benigno? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Possui qualquer deficiência em órgãos e/ou membros não especificados acima? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Sofre ou sofreu de alguma doença psiquiátrica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Fez ou faz algum tratamento psicológico, psicanalítico e/ou psiquiátrico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Fez ou faz uso de algum medicamento antidepressivo e/ou psiquiátrico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Apresenta doença neurológica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Apresenta doença hepática? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Com relação a voz: apresenta rouquidão, cansaço ao falar, pigarro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Já fez tratamento para voz (fonoterapia)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Sofre ou sofreu de alguma doença não relacionada acima? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Tem alguma condição de saúde (física e/ou mental), que a seu ver, o impeça ou faça restrições ao exercício do seu cargo na localidade onde será lotado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Possui algum dependente legal com doença, deficiência (física ou mental) ou tratamento de saúde que o impeça de exercer o seu cargo na localidade onde será lotado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Há alguma outra informação sobre sua saúde (física e/ou mental), atual ou passada, que julgue importante? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Considerando as respostas aos quesitos anteriores, julga-se CAPAZ (em condições físicas e mentais) a exercer o cargo na localidade onde será lotado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

3. ANTECEDENTES PROFISSIONAIS:

| PERGUNTAS | NÃO | SIM | ESPECIFIQUE |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Adquiriu alguma doença do trabalho? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Já sofreu algum acidente de trabalho? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Tem alguma restrição de atividade laboral? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Já trabalhou em local com ruído? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Já trabalhou com produtos químicos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Já trabalhou em local com poeiras (Minerais; Alcalinas; Vegetais; Metálicas)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Já trabalhou com óleo de corte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Já trabalhou com resinas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Já trabalhou com lã de vidro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Já trabalhou com thinner? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Já trabalhou com querosene? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Já trabalhou com removedores? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Já trabalhou com gasolina e / ou benzeno? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Já foi readaptado? Em qual posto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

Obs: Caso necessite de maior espaço ao especificar qualquer dos itens acima utilize o local abaixo.

Declaro para os devidos fins, que o preenchimento deste documento (DECLARAÇÃO DE SAÚDE) foi realizado por mim e que assumo total responsabilidade sobre as informações prestadas. Por ser expressão da verdade, dato e assino o presente documento, ficando assim ciente de que no caso de inveracidade, comprovada, estarei sujeito às penalidades cabíveis.

Identidade nº . . - , expedida por , em / /

, de de 20

(Local)

Assinatura do Candidato

Obs: Apresentar esta declaração preenchida e assinada no momento do exame médico de ingresso.