

EXAME DE INVESTIDURA

PRONTUÁRIO Nº: _____ / _____

Candidato a Servidor

(arquivo médico)

EFETIVO ()

TEMPORÁRIO/SUBSTITUTO ()

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____; CPF: _____;

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____; IDADE: _____ anos; SEXO: () Masculino () Feminino;

FILIAÇÃO: Pai: _____;

Mãe: _____;

ESTADO CIVIL: () Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado () Outros - _____;

ESCOLARIDADE: () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior - Curso, _____;

CARGO: _____; CAMPUS: _____;

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

	NÃO	SIM	ESPECIFIQUE
Fez ou faz uso regularmente de algum medicamento?			
Possui alergia a algum medicamento?			
Sofre ou sofreu de doença alérgica?			
Possui alguma doença de pele?			
Sente dores no peito aos esforços?			
Sente falta de ar aos esforços?			
Sente tonturas e/ou sensação de desmaio com frequência?			
Sofre ou sofreu de Hipertensão Arterial?			
Percebe qualquer deficiência auditiva?			
Percebe qualquer deficiência visual?			
Possui qualquer outra deficiência física?			
Sofre ou sofreu de diabetes?			
Sofre ou sofreu de hérnia?			
Sofre ou sofreu de alguma doença traumato ortopédica e/ou reumatológica?			
Sofre ou sofreu de alguma doença renal, digestiva ou pulmonar?			
Sofre ou sofreu de alguma doença cardíaca e/ou circulatória?			

Sofre ou sofreu de alguma doença oncológica (câncer) e/ou de tumor benigno?			
Sofre ou sofreu de alguma doença sexualmente transmissível (DST)?			
Sofre ou sofreu de alguma doença psiquiátrica?			
Fez ou faz algum tratamento psicológico, psicanalítico, e/ou psiquiátrico?			
Fez ou faz uso de algum medicamento Antidepressivo e/ou Psiquiátrico?			
Possui qualquer deficiência em órgãos e/ou membros não especificados acima?			
	NÃO	SIM	ESPECIFIQUE
Foi submetido (a) alguma intervenção cirúrgica ou clínica?			
Sofre ou sofreu de alguma doença não relacionada acima?			
Tem alguma condição de saúde, que a seu ver, o impeça ou faça restrições ao exercício do seu cargo na localidade onde será lotado?			
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?			
Há alguma outra informação sobre sua saúde, atual ou passada, que julgue importante?			
Considerando as respostas aos quesitos anteriores, julga-se APTO (A) a exercer o cargo na localidade onde será lotado?			

CASO NECESSITE DE MAIOR ESPAÇO AO ESPECIFICAR QUALQUER DOS ITENS ACIMA, UTILIZE O ESPAÇO 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***.

Campos dos Goytacazes, _____ de _____ de 20__.

assinatura do declarante

Identidade nº: _____, expedida por: _____, em: ____ / ____ / ____

ATENÇÃO: *Apresentar esta declaração, já preenchida e assinada, no momento do exame médico de investidura.*

 **IMPRIMIR**